GUIDE DE RÉFÉRENCE

PRÉVENTION DES BLESSURES MUSCULO-SQUELETTIQUES POUR LE PERSONNEL SOIGNANT

ASSTSAS

des personnes et du travail
un monde à transformer

L’Association pour la santé et la sécurité du travail,
secteur affaires sociales (ASSTSAS)

Mission

L’ASSTSAS a la mission de « promouvoir la prévention en santé et en sécurité du travail et soutenir, dans un cadre paritaire, le personnel et les établissements du secteur de la santé et des services sociaux, par des services conseils et des activités d’information, de formation, de recherche et de développement, dans la mise en œuvre d’actions de prévention qui visent :

- l’identification et l’élimination à la source des dangers pour la santé et la sécurité dans le but de préserver l’intégrité physique et psychologique du personnel ;
- l’optimisation des conditions d’exercice du travail pour l’amélioration de la santé et de la qualité de vie au travail du personnel ;

tout en favorisant l’efficience des processus de travail et en tenant compte de la sécurité de la clientèle des établissements ».

Structure paritaire et source de financement

L’ASSTSAS, organisme à but non lucratif, est gérée par une assemblée générale et un conseil d’administration composés en nombre égal de représentants des associations syndicales et patronales du secteur. Son financement provient principalement des cotisations perçues auprès de tous les employeurs du secteur de la santé et des services sociaux.

La réalisation de ce guide a été rendue possible grâce à la collaboration des personnes suivantes :

Direction :	Gilles Le Beau
Recherche et rédaction :	Louise Morissette
Recherche et collaboration :	Jean-Louis Bertrand Michel Bigaouette Lisette Duval Claude Gallant Renée Julien Raynald Larouche Rose-Ange Proteau Marie Josée Robitaille Jocelyn Villeneuve Jean Zambito
Comité de lecture :	*Membres du conseil d'administration de l'ASSTSAS* Jacques Auger Françoise Bouchard Cécile Couture-Leclerc Raymond Paquin
Révision linguistique et suivi d'édition :	Micheline Choinière
Bureautique :	Andrée Desjardins
Impression :	Imprimerie Atlantis

Le contenu de ce guide a été soumis au *comité soins* du conseil d'administration de l'ASSTSAS, lequel l'a approuvé unanimement le 6 avril 1994.

Association pour la santé et la sécurité du travail,
secteur affaires sociales
5100, rue Sherbrooke Est, bureau 950
Montréal (Québec) H1V 3R9
Téléphone : 514 253-6871
Télécopieur : 514 253-1443

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-922036-00-6

code : 136-0595-3C
136-1195-3C
136-0296-5C

Avertissement

Les renseignements que ce document contient ne se prétendent pas exhaustifs. De même, ils ne constituent en aucun cas une interprétation juridique des règlements et de la loi.

Votre association sectorielle, l'ASSTSAS, ne garantit aucunement que les accidents du travail, les maladies professionnelles et les dangers en ces matières seront nécessairement éliminés par l'information procurée par ce document ou par l'observance des mesures préventives qu'il suggère.

Il y a des circonstances de lieu et de temps, de même que des conditions générales ou spécifiques, qui peuvent favoriser, diminuer ou éliminer la pertinence des informations transmises ou l'efficacité de l'information dispensée.

C'est pourquoi les associations membres de l'ASSTSAS, ses délégués, ses administrateurs, ses dirigeants et les membres du personnel déclarent ici formellement n'assumer aucune responsabilité pouvant découler de la diffusion de ce document et des mesures qu'il préconise.

Féminin / Masculin

Le lecteur voudra bien comprendre en lisant ce document qu'une expression comme « travailleur » inclut les deux genres grammaticaux et les deux réalités : les travailleurs et les travailleuses, à moins que le contexte ne l'interdise. Le genre masculin que nous utilisons dans ce document ne vise qu'à alléger la lecture du texte.

Reproduction

Table des matières

Annexes

Introduction

Au cours des dernières années, le travail du personnel soignant s'est transformé et les tâches se sont alourdies. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation : vieillissement de la population, changements technologiques, contraintes budgétaires, etc. Les accidents du travail et les absences reliées à ces accidents ont aussi augmenté considérablement.

Les interventions réalisées dans le milieu par l'ASSTSAS, les programmes PAD (Prévention - accidents - dos) et PRAT (Programme de réduction des accidents du travail), les rencontres avec les instructeurs PDSB ont permis de recueillir de nombreux renseignements sur les dangers rencontrés par les travailleuses et sur les difficultés de leur travail de soignantes. Ces informations étant nombreuses et détaillées, l'ASSTSAS a décidé de les regrouper dans ce guide de référence.

Que vous soyez un travailleur syndiqué, un chef d'unité, un instructeur PDSB, un membre de comité de santé et de sécurité du travail ou un intervenant en santé au travail, ce guide devrait vous aider à mieux comprendre la problématique des accidents du travail dans votre milieu. Si vous devez procéder à l'achat de nouveaux équipements, réaménager une chambre ou une salle de bain, modifier les plans de soins ou suggérer des interventions de prévention pour supporter l'application des principes du PDSB, ce guide contient des renseignements qui permettent d'intégrer la santé et la sécurité dans toutes ces activités.

Ce guide n'a pas la prétention de préciser tous les dangers présents dans le milieu, ni de proposer toutes les solutions possibles. Chaque établissement a ses particularités et une démarche systématique réalisée par les intervenants patronaux et syndicaux peut permettre de bien cerner les dangers et d'intervenir efficacement.

Les directions des soins infirmiers ont souvent comme préoccupation première la qualité des soins dispensés aux bénéficiaires. Un excellent moyen pour atteindre cet objectif est d'agir sur le milieu de travail en améliorant la qualité des équipements, en fournissant un environnement adapté aux soins requis, en formant ses ressources et en prévoyant une organisation

du travail qui tient compte de la clientèle et de ses besoins. L'élimination des dangers présents dans le milieu et l'amélioration de la qualité de vie au travail du personnel soignant sont d'excellents moyens pour offrir à la clientèle des soins de qualité.

Le premier chapitre de ce guide précise la situation des blessures musculo-squelettiques chez le personnel soignant. Le second présente la démarche préventive proposée par l'ASSTSAS, le processus diagnostique et ses différents outils sont expliqués au chapitre trois. Le quatrième chapitre décrit les dangers rencontrés sur les unités de soins, au niveau de chacun des éléments de la situation de travail : environnement, équipement, organisation du travail, personnes, tâche et temps ; de plus, des solutions sont proposées pour éliminer ces dangers.

POUR FACILITER LE REPÉRAGE, NOUS AVONS GRISÉ LES ÉLÉMENTS DE PRÉVENTION.

En annexe, sont regroupés les différents outils proposés par l'ASSTSAS pour réaliser l'étape diagnostique. De plus, vous y retrouverez l'évolution des différents types d'organisation des soins depuis le début du siècle.

1 État de la situation des lésions professionnelles

Les statistiques

Les statistiques de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) pour l'année 1992, nous révèlent que dans le secteur de la santé et des services sociaux, il y a eu 16 999 accidents indemnisés ayant entraîné 642 133 jours d'absence. Cela signifie que dans notre secteur onze travailleurs sur cent ont été indemnisés pour une lésion professionnelle ; la durée moyenne d'indemnisation est de 37,8 jours pour chaque lésion.

TABLEAU 1

Lésions professionnelles indemnisées dans le secteur de la santé et des services sociaux, selon les catégories d'établissements (1992).

Catégories d'établissements	Nombre de travailleurs (ETP)	Nombre de lésions indemnisées	Nombre total de jours indemnisés	Taux d'incidence (100 trav.) %	Durée moyenne d'indemnisation par lésion
Hôpitaux généraux	88 809	6 578	206 554	7,4	31,4
Hôpitaux psychiatriques	11 738	1 008	28 017	8,5	27,8
Centres d'hébergement et de soins de longue durée	23 033	5 178	221 024	22,4	42,7
CA de réadaptation	12 910	1 598	61 532	12,3	38,5
CLSC	11 092	542	28 834	4,8	53,2
Autres	12 135	2 095	96 172	---	45,9
Total du secteur	159 717	16 999	642 133	10,6	37,8

Cependant, à l'examen du **tableau 1**, nous pouvons constater que le danger d'avoir un accident est beaucoup plus élevé dans les centres d’hébergement et de soins de longue durée **(22,4 %)** que dans les autres catégories d'établissements. Toutefois, même si les travailleurs des CLSC ont un taux d'incidence plus faible **(4,8 %)**, ce sont eux qui s'absentent le plus longtemps avec une moyenne de 53,2 jours par accident indemnisé, suivis par les centres d’hébergement et de soins de longue durée avec 42,7 jours.

Le problème des accidents du travail est donc majeur dans notre secteur et il mérite qu'on s'y attarde en profondeur. Le personnel soignant est particulièrement touché puisqu’il représente 42,6 % des effectifs mais subit 47,3 % (8 045 accidents) des accidents indemnisés. Parmi les professions de soignants, ce sont les préposés et les infirmières auxiliaires qui ont les risques d’accidents les plus élevés avec un taux d’incidence de 19,3 % et 18,9 % comparativement aux infirmières dont le taux d’incidence est de 5,4 % (réf. : **tableau 2**).

TABLEAU 2

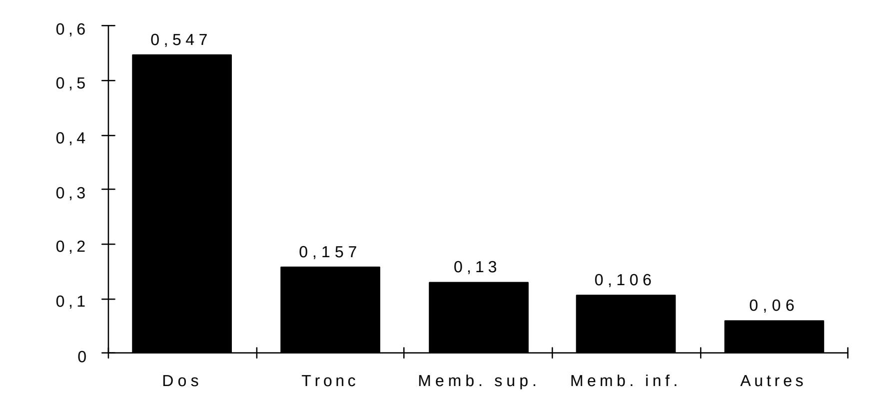
Risques de lésions professionnelles selon la profession de soignant (1992)

	Effectifs	Nb d’événements acc.	Taux d’incidence
Infirmière	35 901	1 948	5,4 %
Infirmière auxiliaire	11 626	2 203	18,9 %
Préposé	20 188	3 894	19,3 %

En examinant plus spécifiquement les accidents qui surviennent chez le personnel soignant, nous constatons que le dos est le plus fréquemment touché puisqu'il accapare 54,7 % des lésions (4 400 accidents) (**figure 1**), suivi du tronc (15,7 %), des membres supérieurs (13 %) et des membres inférieurs (10,6 %).

FIGURE 1

Site des lésions selon le nombre d'événements accidentels



Chez le personnel soignant, les entorses représentent plus de 59,5 % des lésions, suivies des phénomènes douloureux (dorsalgie, lombalgie, etc.) avec 13,6 % et des contusions avec 10,3 %. Les préposés accaparent environ 50 % des entorses, douleurs et contusions alors qu'ils ne représentent que 29,8 % des effectifs.

TABLEAU 3

Lésions professionnelles indemnisées selon la nature de la lésion (1992)

Profession	Entorse	Douleur	Contusion	Tendinite	Autres
Infirmière	59,9 %	13,7 %	10,5 %	4,2 %	17,7 %
Infirmière auxiliaire	61,1 %	12,7 %	9,2 %	4,9 %	12,1 %
Préposé	58,4 %	14,1 %	11,0 %	5,7 %	10,8 %

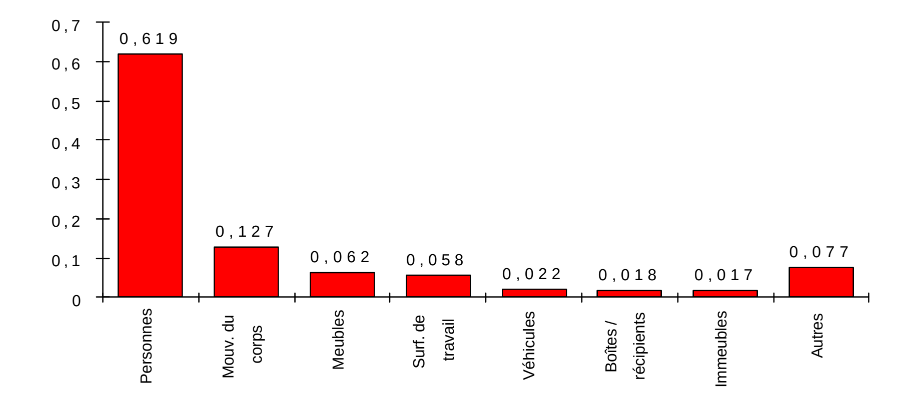
Les efforts excessifs sont responsables de plus de **61,2** % des lésions chez le personnel. Les réactions du corps (13,4 %), les chutes (7 %), les frappé par (5,6 %), les frappé contre (4 %) et les actes de violence (3,5 %) représentent les autres genres de lésions les plus fréquentes.

TABLEAU 4

Profession	Effort excessif	Réaction du corps	Chute	Frappé par	Frappé contre	Acte de violence	Autres
Infirmière	58,3 %	13,4 %	8,4 %	6,3 %	3,3 %	3,8 %	6,5 %
Infirmière auxiliaire	61,4 %	14,3 %	6,2 %	5,0 %	4,1 %	3,4 %	5,6 %
Préposé	63,8 %	11,3 %	6,4 %	5,5 %	4,6 %	3,2 %	5,2 %

L'élément le plus souvent identifié comme agent causal lors des accidents indemnisés chez le personnel soignant est une personne dans 62 % des cas. Les surfaces de travail, les mouvements du corps et les meubles sont impliqués dans 5,8 %, 12,7 % et 6,2 % des autres accidents (**tableau 5**).

TABLEAU 5



Nous pouvons donc considérer que l'accident typique chez le personnel soignant est une entorse au dos survenue lors d'un effort excessif relié à la mobilisation et au déplacement d'une personne.

Pour l'ensemble du secteur, il y a eu en 1992, 264 maladies professionnelles indemnisées ayant entraîné 22 222 jours d'absence. Les maladies indemnisées le plus souvent sont celles du système musculo-squelettique **(48,9 %)**, les dermatoses **(17,8 %)**, suivies des maladies infectieuses **(14,0 %)**. L'absence moyenne est de 84,2 jours pour les maladies professionnelles.

Nous retrouvons 55 cas de maladies professionnelles indemnisées chez le personnel soignant. Les maladies infectieuses, les dermatoses et les atteintes du système musculo-squelettique sont les plus fréquentes avec respectivement 43,6 %, 34,5 % et 14,5 %.

La problématique

L'implantation de programmes de réduction des accidents du travail (PRAT) et de programmes de prévention des accidents au dos (PAD) dans plusieurs établissements du secteur de la santé et des services sociaux depuis 1988, a permis de tracer un portrait assez précis de la problématique des lésions professionnelles chez le personnel soignant.

Dans les centres hospitaliers de courte durée, les accidents se retrouvent principalement dans les unités de médecine, de soins prolongés, aux soins intensifs et à l'urgence. Ces unités regroupent une clientèle nécessitant une assistance physique pour une période plus ou moins longue.

La catégorie de personnel qui fournit ces soins est celle qui est la plus touchée par les accidents : principalement les infirmières à l'urgence et aux soins intensifs, les préposés aux bénéficiaires et les infirmières auxiliaires des unités de soins prolongés et de médecine.

Les accidents causant des lésions au dos sont ceux qui entraînent les plus longues absences du travail et ils sont reliés majoritairement aux efforts excessifs lors de la mobilisation des bénéficiaires : les installations au lit, les transferts au lit et au fauteuil et les chutes de patients. Les accidents se concentrent principalement entre 8 h et 11 h lors des soins d'hygiène, aux heures de tournée en soirée et de nuit ; de plus, ils se produisent en grande majorité dans les chambres.

Nous constatons aussi que les accidents surviennent lorsque le personnel est restreint, soit par le non-remplacement du personnel malade ou absent, soit lors des pauses et des repas ou soit lorsque le ratio du personnel n'est pas respecté et cela, peu importe le quart de travail.

Dans les centres d'accueil d'hébergement et les centres hospitaliers de soins de longue durée, la problématique des accidents est semblable. Les accidents avec lésion au dos sont responsables de la majorité des absences pour lésions professionnelles et ils sont étroitement reliés aux efforts excessifs lors de la mobilisation et du déplacement des patients : installations au lit, transferts au lit et à la chaise et lors des chutes de patients. Le personnel responsable de ces manipulations subit majoritairement ces accidents, soit les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires.

Ces accidents surviennent lors de période de travail intense (ex. : levers et soins d'hygiène en matinée) et lorsqu'un effort physique est demandé ; il peut s'agir des installations pour les repas, des levers et des couchers au lit et lors des tournées pour réinstaller les patients en soirée et la nuit. Là aussi, nous avons noté que les accidents surviennent lorsque le personnel est restreint par non-remplacement ou lors des pauses et des repas.

2 La démarche préventive

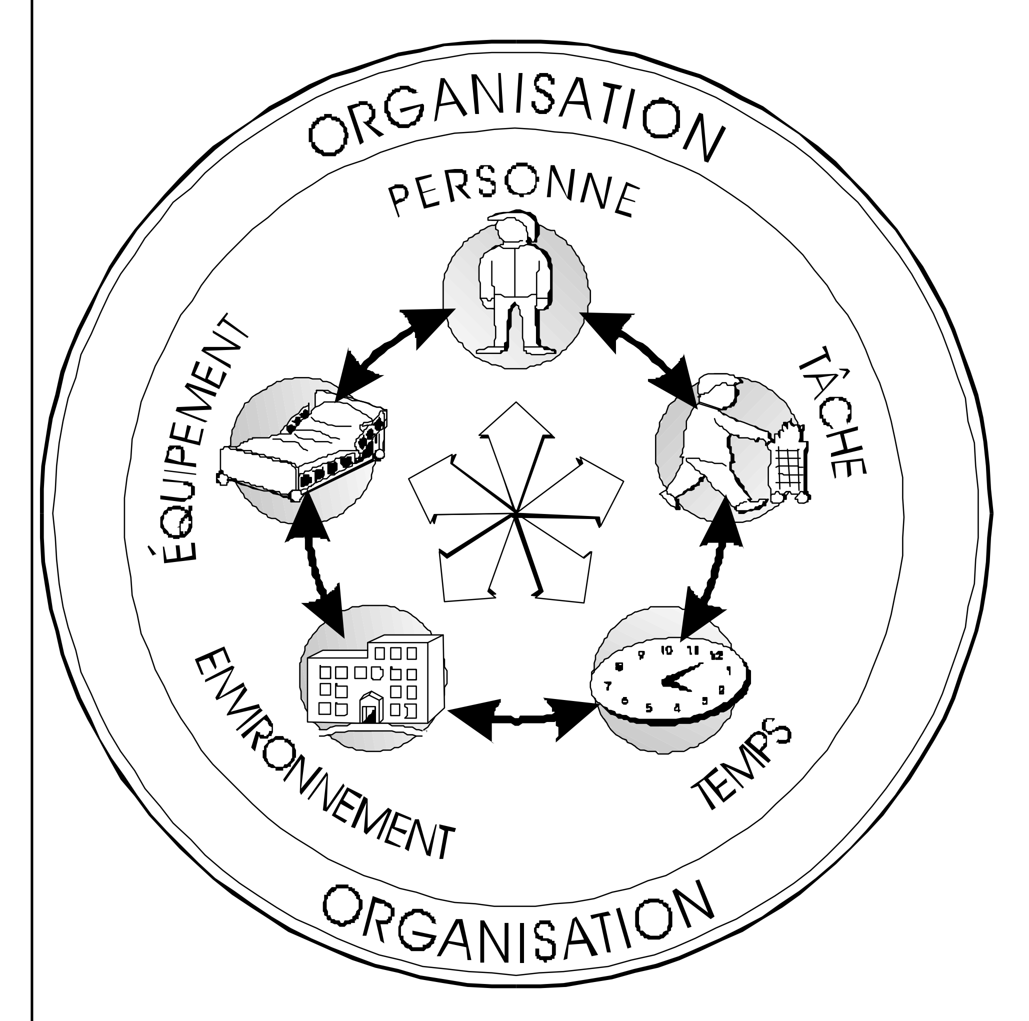
Lorsque nous examinons plus en profondeur les circonstances d'un accident, il apparaît évident que celui-ci résulte de la présence simultanée de plusieurs facteurs de danger. Le fait accidentel n'est que l'élément déclencheur qui situe l'événement dans le temps et qui permet de se questionner sur les causes de cet accident.

Par conséquent, limiter ses interventions à la sensibilisation des travailleurs ne corrige en rien, par exemple, les espaces trop restreints ou les équipements déficients et n'empêchera pas qu'un même accident ne se reproduise. Le seul moyen efficace de prévention demeure l'élimination de tous les dangers présents dans la situation de travail.

Toutefois, il peut arriver que les moyens techniques ou les ressources ne soient pas disponibles immédiatement pour éliminer tous les dangers. Dans ce cas, nous devons, au minimum, prendre toutes les mesures possibles pour les contrôler et pour protéger la santé et l'intégrité physique du personnel, en attendant qu'une correction permanente ne soit apportée.

L'environnement, les équipements, les personnes, les tâches, le temps et l'organisation du travail représentent les différents éléments composant la situation de travail. Lorsque certains éléments présentent des caractéristiques déficientes, c'est tout le système qui est perturbé. Tous les éléments sont interreliés et le bon fonctionnement de chacun des éléments est essentiel au bon fonctionnement des autres.

Lorsqu'un accident du travail survient, il est essentiel d'identifier et de corriger chacune des anomalies ou dysfonctionnements des éléments de la situation de travail si nous voulons éviter que l'accident ne se reproduise. Diffuser une formation au personnel soignant sur le déplacement des patients s'avère inefficace pour éliminer les accidents si le mauvais état des équipements et l'espace restreint l'empêchent de mettre en pratique la formation reçue.



Les accidents qui entraînent des lésions au dos peuvent être évités. Cependant, il n'y a pas de recette miracle ni de solution magique transférable d'un établissement à un autre.

Dans le secteur de la santé, nous sommes bien placés pour être convaincus de l'importance d'un bon diagnostic. C'est une étape essentielle et déterminante dans la résolution d'un problème de santé. Un mauvais diagnostic ou un diagnostic incomplet peut retarder et même compromettre toute amélioration de la situation.

Il en est de même en prévention des accidents ; il est essentiel d'y aller par étapes, d'une manière systématique et d'impliquer tous les intervenants (employeurs, syndicats, travailleurs, travailleuses, cadres) touchés par le problème. Il faut être convaincu de l'importance d'agir et y consacrer le temps et les ressources nécessaires.

L'ASSTSAS propose à sa clientèle, dans ses programmes PAD et PRAT, une démarche de prévention qui a fait largement ses preuves depuis 1988. L'objectif de cette démarche est de réduire de 15 % après un an et de 25 % après deux ans, la fréquence et la gravité des accidents du travail par une approche globale de la problématique et par une prise en charge paritaire.

La démarche vous est d'abord présentée de façon sommaire pour en comprendre le déroulement. Par la suite, la phase du diagnostic est revue de façon détaillée et les outils permettant de poser le diagnostic sont expliqués et accompagnés d'exemples pour en faciliter l'utilisation.

La démarche en prévention se divise en cinq étapes :

1. les préliminaires ;
2. le diagnostic ;
3. le choix des solutions ;
4. l'implantation du plan d'action ;
5. l'évaluation et le suivi.

Les préliminaires

Ils consistent à préparer le terrain à l'intervention et ils ont comme objectifs :

- d'informer les représentants syndicaux, les cadres, les autres intervenants concernés (service de santé, comité paritaire de santé et de sécurité du travail, etc.) et les travailleurs de la démarche prévue en précisant leurs rôles respectifs, que ce soit par communiqués ou rencontres avec les intéressés ;
- de cibler paritairement, à l'aide des statistiques d'accidents, la ou les unités de soins les plus touchées par la fréquence et la gravité des accidents afin d'y concentrer les efforts (voir **annexe 1**) ;
- de former un comité paritaire de travail, incluant des représentants de l'unité ciblée, mandaté pour réaliser la démarche de prévention ;
- d'établir les modalités de fonctionnement, les rôles de chacun, le plan de travail et les échéanciers de réalisation ;
- d'informer le personnel de l'unité ciblée des objectifs de la démarche et de ses différentes étapes afin de s'assurer de sa collaboration.

Le diagnostic

Cette étape cruciale vise à identifier, par divers moyens, les causes des accidents et des maladies professionnelles ainsi que les facteurs de danger susceptibles de les causer.

Il s'agit de constituer des hypothèses sur les causes probables d'accidents par la cueillette et l'analyse des informations suivantes :

- la description des événements accidentels de l'unité ciblée (accidents avec et sans perte de temps) ;
- l'opinion des travailleurs et des autres intervenants concernés sur leur milieu de travail et ses dangers, au moyen d'un questionnaire et de rencontres avec ces personnes ;
- la description de l'organisation du travail et des différentes activités de l'unité ;
- le profil des bénéficiaires ;

- toutes les autres procédures pertinentes à la démarche telles que : les rapports d'enquête et d'analyse accident, les réquisitions et réparations des équipements, le système d'entretien préventif des équipements, les rapports d'inspection, les plaintes, etc.

Par la suite, il s'agit d'élaborer des hypothèses sur les causes d'accidents et de préparer les observations dans le milieu de travail :

- l'observation des tâches et des activités en situation réelle de travail ;
- l'évaluation des équipements et de l'environnement de travail.

Le diagnostic consiste donc à identifier l'écart entre la situation de travail réelle et une situation de travail où les facteurs de danger sont absents. Les recommandations de l'étape suivante devraient contribuer à éliminer cet écart.

Au cours de votre démarche diagnostique, vous identifierez sans doute la présence de facteurs de danger qui n'ont pas entraîné d'accident du travail jusqu'à maintenant. Cependant, ce serait le moment opportun de colliger toutes les informations sur des dysfonctionnements ou fonctionnements non harmonieux de tout élément de la situation de travail pouvant éventuellement entraîner des accidents du travail ; il faut aussi tenir compte de ces facteurs lors de la recherche de solutions.

Toutes ces données seront ensuite compilées et analysées de façon à confirmer les hypothèses de départ ou à formuler de nouvelles hypothèses sur les causes réelles des accidents. Un rapport diagnostique sera rédigé par la suite.

Le choix des solutions

Lorsque les causes d'accidents sont identifiées, les membres du comité paritaire de travail procèdent à l'inventaire des solutions susceptibles d'éliminer les sources de danger. Une analyse des avantages et des inconvénients de chacune des solutions ainsi que des coûts est effectuée ; un ordre de priorité est établi en tenant compte des objectifs de la démarche et des accidents de l'unité. Un rapport de solutions est rédigé à la suite de cette étape.

L'implantation du plan d'action

Une démarche diagnostique en profondeur est valable en autant qu'elle se traduit par des actions qui visent l'élimination des dangers à la source. Le plan d'action doit inclure :

- les solutions retenues pour chacun des dangers ;
- le nom de la personne responsable de son application ;
- l'échéancier de réalisation ;
- les coûts estimés.

De plus, il se doit d'être global et de toucher aux différents éléments de la situation de travail. L'expérience nous indique qu'un plan d'action qui ne considère que la formation des personnes entraînera des résultats tout aussi limités.

L'évaluation et le suivi

Une évaluation et un suivi périodique doivent être effectués afin de vérifier l'application réelle du plan d'action et le respect des échéanciers. De plus, il est nécessaire de s'assurer, auprès du personnel de l'unité (travailleurs et cadres), de l'impact positif des solutions retenues.

Les statistiques sur la fréquence et la gravité des accidents sont complétées avec les grilles utilisées lors du diagnostic et elles sont comparées avec celles de l'année précédant la démarche, de façon à mesurer l'impact du plan d'action sur les accidents. Si les résultats ne sont pas ceux escomptés, il faudra réexaminer la situation de travail et identifier les éléments défaillants.

3 Le processus diagnostique

Comme nous l'avons mentionné précédemment, nous allons reprendre chaque étape du diagnostic. Celui-ci consiste à recueillir et à analyser des données écrites, verbales ou observables sur le terrain. Ces informations permettent de :

- formuler des hypothèses sur les causes d'accidents ;
- préparer les observations et les évaluations directes dans le milieu de travail ;
- vérifier les hypothèses.

Analyse des données documentaires

Analyse détaillée des événements accidentels de l'unité

Pour réaliser cette étape, il est nécessaire de récupérer des informations sur les événements accidentels survenus sur l'unité au cours des périodes précédentes. Le registre des accidents du travail est un document qui peut être utilisé, de même que les rapports d'enquête et d'analyse accident, habituellement disponibles au service de santé de l'établissement ou à la Direction des ressources humaines. Il peut arriver que les données obtenues soient insuffisantes, il est alors nécessaire d'obtenir des informations supplémentaires auprès des travailleurs accidentés, des personnes qui ont procédé à l'enquête et à l'analyse de l'accident, du chef de service ou des témoins. Afin que cette étude statistique soit valable, nous vous recommandons de considérer au moins 40 à 50 accidents, avec et sans perte de temps ; il faut parfois retourner deux à trois ans en arrière pour obtenir cet échantillonnage. Ces données sont ensuite compilées sous forme de tableaux pour en faciliter l'analyse. Le tableau « Descriptif des événements accidentels » peut être utilisé à cette fin (voir **annexe 2**).

L'objectif de cette étape est de recueillir des informations sur les circonstances des accidents :

- qui : le sexe, l'âge, le titre d'emploi, le statut et l'ancienneté de la personne accidentée ;
- quand : le jour, le mois et l'heure au moment de l'accident ;
- comment : les circonstances de l'accident, l'étape de la tâche et les éléments en cause lors du fait accidentel ;
- avec qui : les caractéristiques du bénéficiaire et des autres travailleurs impliqués (s'il y a lieu) ;
- où : le lieu où se produit l'accident (ex. : la salle de toilette de la chambre 2337) ;
- quoi : la nature et le siège de la lésion et le nombre d'heures et de jours d'absence à la suite de l'accident.

Par la suite, ces données sont analysées afin de faire ressortir les éléments significatifs et les constantes dans le déroulement des accidents. Le document « Approche globale en prévention : mode d'emploi, volume I : unités de soins », pages 49 à 59, peut vous aider à réaliser cette étape.

Voici donc un exemple des constatations effectuées à la suite de l'analyse de 48 événements accidentels survenus sur une unité de soins :

- il y a eu 48 accidents dont 28 avec perte de temps ;
- les préposés aux bénéficiaires subissent 60 % des accidents mais ne représentent que 46 % des effectifs ;
- les travailleurs à temps partiel ont 66 % des accidents et ne représentent que 50 % du personnel de l'unité ;
- les accidents surviennent principalement en novembre, en avril et en mai, avec 22 accidents sur 48. Par contre, les accidents sont moins fréquents en été (juin, juillet, août : 6 accidents) ;
- les accidents sont plus fréquents les vendredi, samedi et dimanche (33 accidents sur 48) ;
- ils surviennent de jour, entre 8 h et 11 h et lors de la tournée de 14 h ; de soirée, ils surviennent pendant l'heure du

souper, entre 17 h et 19 h et lors des installations entre 21 h et 22 h. De nuit, ils surviennent lors de la première tournée (00 h 30 à 2 h) et lors de la tournée du matin (6 h à 7 h 30) ;

- les accidents surviennent à 80 % dans les chambres et principalement dans celles à deux et à quatre lits ;
- 85 % des accidents sont reliés à la mobilisation des bénéficiaires et 70 % des blessures se situent au dos ;
- les accidents avec lésion au dos sont responsables de 88 % des jours d'absence, soit 500 jours ;
- les tâches d'installation au lit, les remontées à la tête du lit et les transferts entre le lit et le fauteuil ont entraîné 30 accidents sur 48 ; les chutes de bénéficiaires ont aussi causé 6 accidents ;
- cinq patients ont été impliqués dans 20 accidents sur 48.

Il est possible de tirer certaines conclusions à la suite de cette analyse des accidents. Toutefois, les informations sont partielles et d'autres données, tels l'opinion du personnel sur les dangers de son milieu, l'organisation du travail sur l'unité, le profil des bénéficiaires, aident à formuler des hypothèses sur les causes des accidents.

Opinion des travailleurs et des cadres de l'unité

Si nous voulons que la démarche de prévention soit adaptée à la réalité du milieu, il est important, dès le début de l'intervention, de solliciter la participation et l'implication de tous.

Le questionnaire aux travailleurs est un outil important qui peut être utilisé pour connaître l'opinion du personnel sur les conditions de travail présentes à l'unité et leur perception des dangers du milieu. Il faut informer le personnel des objectifs poursuivis afin d'obtenir une excellente participation et ainsi augmenter la quantité d'informations reçues.

Vous trouverez en **annexe 3**, un prototype de questionnaire pour le personnel soignant. En première étape, vous devrez identifier, parmi cette banque de questions, celles qui sont les plus pertinentes pour votre milieu et qui répondent le mieux à vos objectifs et à vos besoins. Vous pouvez aussi bâtir votre propre questionnaire en

fonction des objectifs que vous poursuivez ; celui-ci doit être simple et facile à compléter.

Les données recueillies par le questionnaire, couplées à d'autres sources d'information (ex. : analyse détaillée des événements accidentels), aident à formuler des hypothèses sur les causes d'accidents et à préparer les observations sur l'unité.

Les questionnaires complétés doivent être compilés et le comité paritaire de travail doit dégager les éléments significatifs. Pour réaliser cette étape, vous pouvez consulter le document « Approche globale en prévention : mode d'emploi, volume I, unités de soins », de la page 59 à la page 86.

Il est intéressant, par la suite, de comparer les réponses du questionnaire des travailleurs avec les données obtenues à la suite de l'analyse des statistiques d'accidents. Dans certains cas, des informations supplémentaires sur la présence de dangers seront fournies ; dans d'autres cas, les réponses confirmeront les constatations effectuées à la suite de l'analyse des statistiques :

> exemple : les chambres à deux et à quatre lits sont considérées comme non sécuritaires par les travailleurs ayant répondu au questionnaire ; les accidents surviennent majoritairement dans ces chambres.

Il deviendra alors important d'évaluer, sur l'unité, les chambres à deux et à quatre lits et d'observer le déroulement des tâches de déplacement de patients dans ce type d'environnement pour en étudier l'impact sur les accidents.

Il se peut aussi que soit constaté un besoin de rencontrer le personnel d'un quart de travail (ex. : le personnel de nuit) parce que celui-ci a soulevé, par ses réponses au questionnaire, une problématique particulière à ce quart de travail ; la rencontre contribuera à préciser et à expliquer le problème plus en détail.

Organisation du travail

À cette étape, il s'agit de recueillir toutes les informations possibles sur l'organisation du travail et le fonctionnement prévu de l'unité de soins. Ces informations sont essentielles à la compréhension du déroulement des activités de l'unité et permettent d'identifier les perturbations qui surviennent et qui peuvent compromettre la santé et la sécurité des travailleurs.

Il faut rechercher des renseignements généraux sur l'unité tels que :

- sa vocation et le nombre de bénéficiaires ;
- la philosophie de soins de l'unité et de l'établissement ;
- le mode d'affectation des patients.

Il faut connaître la distribution des ressources humaines sur chacun des quarts de travail, par profession et cela pour les sept jours de la semaine (semaine et fin de semaine).

Par la suite, il sera intéressant d'examiner la répartition des tâches selon les titres d'emploi (chef d'unité, assistante chef d'unité, chef d'équipe, infirmière, infirmière auxiliaire, préposée aux bénéficiaires et autres) et le déroulement des activités de travail sur une période de 24 heures ; il faut aussi relever les différences de fonctionnement entre la semaine et la fin de semaine, s'il y a lieu.

Il est aussi important de vérifier le taux de roulement du personnel de l'unité (cadres et travailleurs), de même que le nombre d'absences pour maladie ou congé sans solde au cours de la dernière année, car cela peut fournir un indice d'un malaise ou problème dans un département.

Les différents modes de communication à l'intérieur ou à l'extérieur de l'unité seront évalués afin de connaître leur objectif, leur fonctionnement et leur efficacité. Il peut s'agir des rapports entre chaque quart de travail, des réunions d'équipe, de plans de soins, de feuilles de route, de système d'appel d'urgence, etc.

Il faut aussi établir les différentes personnes ou services, extérieurs à l'unité et qui sont en relation avec celle-ci. De plus, les événements qui peuvent influencer, orienter ou perturber le déroulement des activités du service doivent être identifiés ; il peut

s'agir de la visite des médecins, des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie, des examens de laboratoire ou de radiologie, de la présence de visiteurs, du service de l'entretien sanitaire, des nouvelles admissions, etc.

Il peut aussi y avoir des événements inhérents au département et qui perturbent grandement le déroulement des activités (ex. : code 99 ou de réanimation). Évidemment, ce type d'événement ne peut être éliminé ; cependant, il faut connaître les procédures prévues lors d'une réanimation et s'assurer que celles-ci permettent le service aux autres patients et n'augmentent pas, de façon dangereuse, la charge de travail des autres membres du personnel.

Les procédures de remplacement lors d'absence doivent être examinées afin d'en évaluer l'efficacité et le respect.

Le chef d'unité est souvent la personne qui fournit une première base de renseignements sur son unité de soins. Par la suite, une discussion est amorcée entre les membres du comité paritaire de travail afin d’identifier l'écart entre l'organisation du travail prévue (sur papier) et l'organisation réelle sur l'unité. De plus, il est important d'identifier et d'analyser tout dysfonctionnement ou perturbation des activités qui a entraîné des accidents ou qui est susceptible d'en causer.

L'ASSTSAS propose différents outils pour faciliter l'examen de l'organisation du travail et du temps ; vous pouvez les retrouver en **annexe 4** et dans le document : « Approche globale : mode d'emploi, volume I, unités de soins » publié par l'ASSTSAS.

Autres procédures

Il existe, dans les établissements de santé, des procédures relatives à l'organisation de la prévention. Les unités de soins sont concernées par ces politiques et ces procédures. Cependant, leur nombre et leur complexité varient d'un établissement à l'autre. Dans le cadre du projet, il s'agit de rapatrier toutes les procédures applicables sur l'unité et qui peuvent avoir une influence au niveau des accidents du travail :

- l'inspection des lieux de travail et l'entretien préventif des équipements ;
- les modalités de réparation des équipements ;

- les rapports d'enquête et d'analyse accident ;
- les procédures d'achat d'équipements ;
- le programme de prévention des incendies ;
- etc.

La Direction des ressources humaines et les membres du comité paritaire de santé et de sécurité du travail peuvent habituellement fournir des renseignements sur les objectifs et le contenu de ces procédures. Celles-ci sont étudiées afin de vérifier leur application réelle et leur efficacité à corriger les problèmes rencontrés sur l'unité. Tous les dysfonctionnements seront documentés afin de proposer les améliorations nécessaires.

Profil des bénéficiaires

Les statistiques d'accidents du travail chez le personnel soignant nous démontrent qu'une personne (le bénéficiaire) est impliquée dans plus de 60 % des accidents. Il devient donc impératif de se renseigner sur les patients puisqu'ils semblent contribuer, de façon importante, à la survenue des accidents.

Dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée et sur les unités de soins prolongés, la clientèle est plutôt stable. Il s'agit alors de consigner, pour chaque chambre, les informations pertinentes sur les patients, en relation avec la prévention des accidents et le déplacement des bénéficiaires, soit :

- les caractéristiques du bénéficiaire : poids, sexe, âge ;
- son degré d'autonomie, en rapport avec les transferts et les déplacements ;
- ses capacités de communication et de compréhension ;
- son comportement et son niveau de collaboration ;
- toute autre information susceptible d'être en relation avec les maux de dos (culotte d'incontinence, utilisation de fauteuil roulant adapté, médication spéciale, etc.).

La personne mandatée complète le tableau « Profil des bénéficiaires » disponible en **annexe 5** à partir des informations contenues dans le dossier du patient et en interrogeant l'équipe de soins. Il est intéressant d'indiquer, de façon plus spécifique, les patients considérés comme plus difficiles à transférer et à mobiliser.

L'analyse de ces informations et leur mise en relation avec les patients impliqués lors des accidents, aident aussi à la formulation des hypothèses sur les causes d'accidents.

Par contre, dans les centres hospitaliers de courte durée, compte tenu du volume d'admissions et de départs, il est préférable de dresser un portrait type de la clientèle et d'établir les exigences de soins et de manutention requises ; de plus, il faut identifier les contraintes selon chaque catégorie de bénéficiaires.

Par cet exercice, vous pouvez connaître les bénéficiaires et les types de bénéficiaires plus susceptibles de provoquer des accidents à cause de leurs caractéristiques physiques ou comportementales. Des interventions peuvent alors être faites au niveau des équipements, de l'environnement ou de l'organisation du travail, afin d'éliminer ou de diminuer les dangers de blessure au dos associés à cette clientèle.

Observations en milieu de travail

Les informations acquises par la cueillette et l'analyse des données mentionnées précédemment aideront les membres du comité paritaire de travail à formuler des hypothèses sur les causes d'accidents et à préparer les observations en milieu de travail.

L'évaluation des équipements et de l'environnement, l'observation des tâches et des activités de travail permettront de confronter les hypothèses élaborées à la réalité du milieu de travail.

Évaluation de l'équipement

L'analyse détaillée des événements accidentels et la compilation des questionnaires des travailleurs ont permis d'identifier les équipements les plus souvent impliqués dans les accidents, ou carrément considérés comme non sécuritaires par les travailleurs.

À cette étape, il s'agit donc de se rendre sur l'unité et d'évaluer les équipements utilisés par le personnel. Évidemment, les équipements déjà mentionnés comme dangereux seront évalués en priorité ; cependant, cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas évaluer tous les équipements. Certains ont pu ne pas être impliqués dans des accidents ou mentionnés par les travailleurs, parce que peu utilisés, mais ils peuvent être dangereux (ex. : la civière du centre d'accueil

qui n'est pas rangée sur l'unité mais qui est utilisée occasionnellement et qui présente plusieurs problèmes de sécurité).

Chaque équipement doit être identifié et évalué à l'aide de grilles (disponibles en **annexe 6**) ; il faut vérifier le fonctionnement sécuritaire de l'équipement, ses dimensions et s'assurer qu'il répond aux besoins des utilisateurs (patients et soignants). Il faut aussi s'assurer que l'espace est disponible pour utiliser l'équipement de façon sécuritaire. Les problèmes reliés à chaque type d'équipement seront synthétisés et analysés pour en connaître les conséquences. L'observation des tâches permettra aussi de valider ces conséquences et les inconvénients reliés à ces équipements.

Évaluation de l'environnement

L'environnement de travail, par ses espaces et ses conditions d'ambiance, conditionne souvent les activités qui s'y déroulent. Une unité de soins regroupe plusieurs lieux physiques : chambre, salle de bain, salle de toilette, utilité propre, utilité souillée, poste de garde, lingerie, corridor, etc. Dans le cadre de la démarche diagnostique, il s'agit de mesurer la superficie de ces pièces, de même que les espaces disponibles pour l'exécution des tâches du personnel (ex. : espace à l'extrémité et de chaque côté du lit, espace devant la toilette, espace de chaque côté de la baignoire, etc.). Pour simplifier le travail du comité, vous pouvez obtenir des plans de l'unité de soins ou de chacune des pièces et y inscrire directement les mesures et l'emplacement des meubles et des équipements. Si les plans ne sont pas disponibles, vous pourrez tracer les plans des différents espaces, cela facilitera l'analyse par la suite.

L'ASSTSAS propose des grilles d'évaluation de l'environnement (disponibles en **annexe 7**) que vous pourrez utiliser pour recueillir et inscrire les informations. Dans les pièces où sont rangés divers équipements ou matériel, vous devez mesurer la hauteur et la profondeur des tablettes et des plans de travail (comptoir, table, etc.) et évaluer leur accessibilité. Il est aussi très important d'indiquer sur les plans tous les équipements présents dans chaque pièce et de vérifier s'ils sont utilisés ou non.

Lorsque les données sont recueillies, il faut les comparer avec les normes existantes (ex. : les normes du MSSS) et vérifier si ces espaces permettent l'utilisation sécuritaire des équipements et le respect des principes de sécurité lors des soins et des déplacements

des patients. L'observation des tâches permettra aussi d'identifier les contraintes reliées aux espaces de travail.

Observation des tâches et des activités

L'observation des tâches et des activités est un outil privilégié qui permet de confirmer ou d'infirmer les hypothèses élaborées précédemment sur les causes d'accidents. Par l'observation des tâches, il est possible de constater, en situation réelle de travail, l'impact des contraintes de l'environnement et des équipements sur les méthodes de travail. Elle permet aussi de vérifier l'application des principes de sécurité dans l'exécution des tâches.

Afin que cette observation soit la plus réelle possible, il est important d'informer les travailleurs des objectifs poursuivis, de façon à ne pas influencer les méthodes de travail en présence des observateurs. De plus, il est souhaitable de compléter les observations par des entrevues avec les travailleurs et ce, dans le but de mieux comprendre les stratégies utilisées.

La cueillette et l'analyse des données sur l'organisation du travail ont permis d'identifier des contraintes ou perturbations dans le déroulement des activités ; il est possible de vérifier l'impact de ces perturbations par l'observation des activités de travail. Cette observation peut se dérouler sur un quart de travail, sur une période définie (ex. : la période des bains en avant-midi) ou chez une catégorie de personnel en particulier. En effet, ce pourrait être le cas, si les réponses aux questionnaires indiquent une répartition inégale du travail et une surcharge pour un titre d'emploi (ex. : les infirmières auxiliaires de soirée).

La grille d'observation des tâches de manutention (disponible en **annexe 8**) permet de suivre une activité ou une tâche déterminée à l'avance. L'activité, les niveaux de charge qui y sont associés, les équipements utilisés, le lieu, etc. y sont précisés. Des précisions sont notées, qu'il s'agisse de contraintes pour le dos, d'interruptions dans le cours du travail ou toute autre particularité.

La synthèse et l'analyse des données sont faites en fonction des objectifs poursuivis par l'observation des activités de travail.

Validation des hypothèses

Si toutes les étapes précédentes se sont déroulées de façon méthodique, en respectant la démarche proposée, et que les différentes sources d'information ont été bonnes, les hypothèses avancées devraient se vérifier en grande partie. Les observations sur le terrain (évaluation des équipements et de l'environnement, observation des tâches et des activités de travail) ont permis de préciser ces hypothèses, ou carrément d'en créer de nouvelles.

Il s'agit maintenant de s'assurer de la validité des hypothèses énoncées. Il est possible d'y arriver en posant la question suivante : si des corrections étaient apportées pour éliminer l'écart entre la situation actuelle et la situation « idéale », est-ce que l'accident pourrait se reproduire? Si la réponse est non, l'hypothèse est validée ; si la réponse est oui, alors l'hypothèse est invalidée. Cela signifie donc qu'il y a d'autres facteurs à l'origine des événements accidentels que ceux qui ont été soulevés. Il faut les identifier en reprenant le processus diagnostique.

S'il n'est pas possible de répondre à la première question, il faut reconstituer (simuler) les deux situations (l'ancienne et la nouvelle) et vérifier si les solutions proposées règlent effectivement le problème. Il est toutefois important de s'assurer que la simulation n'entraîne pas d'accident et ne met pas en danger la santé et la sécurité des personnes présentes.

Rapport diagnostique

Toutes les informations sont maintenant disponibles pour rédiger le rapport diagnostique ; celui-ci devrait comprendre les éléments suivants :

- le mandat du comité ;
- une synthèse de chacune des données documentaires :
  - ? les statistiques des événements accidentels ;
  - ? les questionnaires des travailleurs ;
  - ? l'organisation du travail ;
  - ? les autres procédures ;
  - ? le profil des bénéficiaires ;

- une synthèse des données d'observation :
  - ? l'évaluation des équipements ;
  - ? l'évaluation de l'environnement ;
  - ? l'observation des tâches et des activités.

Le rapport a avantage à être synthétisé, mais il doit refléter les problèmes de l'unité ; il doit être significatif pour tout le monde et représenter l'opinion de toutes les personnes qui y ont contribué.

Dans ce rapport, se retrouvent les causes d'accidents au niveau de chacun des éléments de la situation de travail et les facteurs de danger que la démarche diagnostique a permis d'identifier mais qui n'avaient pas entraîné d'accident jusqu'à maintenant.

Pour aider les personnes qui désirent entreprendre cette démarche, l'ASSTSAS a produit un document « Approche globale : mode d'emploi, volume I, unité de soins » ; vous y retrouverez les étapes de la démarche de même que les outils proposés et leur mode d'utilisation.

4 L'analyse globale de la situation de travail

Les démarches PAD et PRAT qui se sont déroulées dans les établissements ont permis de constater la présence de problèmes communs à la plupart des unités de soins, quelle que soit la catégorie d'établissements visitée. Ces problèmes sont reliés principalement à :

- l'environnement : espace restreint et encombré, aménagement non fonctionnel, plancher glissant, etc. ;
- l'équipement : mauvais état, non disponible, inapproprié aux besoins, etc. ;
- l'organisation du travail : travail d'équipe non planifié, ressources insuffisantes, problème de communication, mauvaise utilisation des plans de soins, etc. ;
- tâche : non-utilisation des principes de sécurité, soulèvement de charge, station debout prolongée, etc. ;
- temps : concentration des tâches, urgence de certaines situations, etc. ;
- personnes : clientèle en perte d'autonomie et souffrant de problèmes de comportement, manque de formation à la sécurité des tâches pour le personnel, absence de suivi, etc.

Les lésions professionnelles chez le personnel soignant peuvent survenir dans diverses circonstances :

- les chutes et les glissades ;
- les mouvements exagérés et répétitifs de flexion, de torsion et d'hyperextension ;
- les collisions et les chocs ;
- les gestes agressifs ;
- et surtout les efforts excessifs.

Vous trouverez dans ce chapitre, les dangers présents dans chacun des six éléments de la situation de travail susceptibles de causer des lésions au niveau du système musculo-squelettique. Chacun de ces dangers est documenté ; par la suite, des éléments de prévention visant l'élimination de ces dangers sont présentés. La « Loi sur la santé et la sécurité du travail » a comme objectif l'élimination à la source des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs ; c'est donc dans cet esprit que des solutions sont proposées.

Il est important de préciser que les problèmes exposés ne sont pas tous présents en même temps dans un établissement. De plus, les problèmes énoncés et les solutions proposées ne sont pas exhaustifs ; votre milieu de travail peut présenter des problèmes autres qui amèneraient d'autres choix de solutions. Un diagnostic est donc essentiel pour bien identifier les problèmes et proposer les solutions les plus pertinentes pour chaque milieu de travail.

L'environnement

L'environnement, en relation avec la dispensation des soins infirmiers, réfère à deux paramètres distincts : l'aménagement des lieux physiques et les contraintes reliées à l'ambiance thermique, au bruit, à l'éclairage et à la ventilation. Dans le cadre de ce guide, c'est principalement l'aménagement des lieux qui est abordé.

Plusieurs types de locaux se retrouvent sur une unité de soins : les chambres, les salles de toilette, les salles de bain, les utilités propre et souillée, le poste de garde, la cuisinette, la pharmacie, etc. L'aménagement et l'utilisation de ces locaux varient grandement d'un établissement à l'autre.

Cependant, nous constatons de nombreux problèmes en ce qui concerne les lieux physiques. Cette situation peut s'expliquer par le fait que la clientèle des établissements de santé de même que le type de soins dispensés ont évolué au cours des vingt dernières années. Avant 1975, pour être admis en centre d'accueil d'hébergement, les personnes devaient être en bonne santé et autonomes. En 1975, les critères d'admission se modifient et les personnes qui requièrent de 1,5 heures à 2,5 heures en soins infirmiers et d'assistance, par période de 24 heures, sont admises en centre d'accueil et celles qui requièrent plus de 2,5 heures en soins infirmiers sont admises en centre hospitalier de soins de longue courant[1]. Ces bénéficiaires sont donc en perte d'autonomie importante et nécessitent l'usage de lève-personne, de fauteuil roulant, de marchette, etc. Cependant, la majorité des centres d'accueil ont été construits avant les années '80, au moment où la clientèle hébergée était majoritairement autonome ; les espaces, les équipements et l'aménagement avaient été pensés et planifiés en tenant compte de cette clientèle. Sauf que ces personnes ont vieilli, leur état de santé s'est détérioré et les critères d'admission se sont modifiés.

En soins de courte durée, la clientèle et les soins se sont aussi modifiés à la suite du développement technologique et des difficultés budgétaires. Il y a vingt ans, les hospitalisations pour une période d'examen étaient fréquentes ; aujourd'hui, les chirurgies cardiaques et les greffes d'organes sont des interventions courantes et la durée d'hospitalisation varie de sept à dix jours. Le personnel doit donc prodiguer plus de soins et de traitements à des personnes

plus gravement atteintes. De plus, chaque CHCD possède maintenant une unité de soins prolongés et très souvent, plusieurs lits des unités de médecine sont occupés par des patients en attente d'hébergement. Les lève-personne, les fauteuils gériatriques et les chaises d'aisance sont maintenant des équipements utilisés couramment même en CHCD.

Le personnel et la clientèle se retrouvent donc face à des barrières et des contraintes architecturales qui peuvent influencer grandement le déroulement des activités auprès des bénéficiaires.

Nous allons donc reprendre chacun des lieux physiques présents sur l'unité et spécifier la problématique, ses conséquences et les éléments de prévention.

Chambres

Espace restreint

Une problématique rencontrée fréquemment est celle des espaces restreints. En effet, la superficie des chambres est petite et en deçà des recommandations actuelles du MSSS dans la majorité des cas. Ceci a comme conséquence de limiter les espaces de circulation dans la chambre et l'utilisation d'équipements tels que les lève-personne. De plus, il est difficile de respecter les principes de sécurité lors de la mobilisation et du déplacement des bénéficiaires et lors de l'ajustement des surfaces de travail, parce que les espaces au pied du lit et autour du lit sont insuffisants.

Il existe des normes produites par le ministère de la Santé et des Services sociaux[2, 3](MSSS) concernant les espaces minimaux requis dans les chambres, pour les différents types d'unité de soins et d'établissement, lors de la construction de nouveaux établissements (voir **tableau 1**).

TABLEAU 1
Chambres : normes de superficie minimale (m^2)
(excluant la salle de toilette)

	CH courte durée		Centre d'hébergement et de soins de longue durée
	Unité de soins de longue durée	Unité de médecine, chirurgie, ortho., gynéco.	
Chambre à un lit	17,1 m^2	17,0 m^2	17,5 m^2
Chambre à 2 lits	27,7 m^2	27,7 m^2	35,0 m^2
Chambre à 3 lits	41,0 m^2	41,1 m^2	
Chambre à 4 lits	51,0 m^2	51,1 m^2	

Depuis janvier 1995, il n'existe plus de paramètres techniques minimaux pour les rénovations des CAH et des CHSLD existants. Le contenu du guide a été intégré au programme fonctionnel et technique type des centres d'hébergement et de soins de longue durée[3].

« Les paramètres techniques minimaux lors de rénovation ont été délaissés parce qu'il n'y a pas de raisons valables pour lesquelles les espaces à rénover seraient requis moins spacieux que les espaces construits à neuf »[3].

En ce qui concerne les espaces dans les chambres, le MSSS suggère 19,5 m^2 de superficie utile (incluant la moitié de la superficie de la salle de toilette commune).

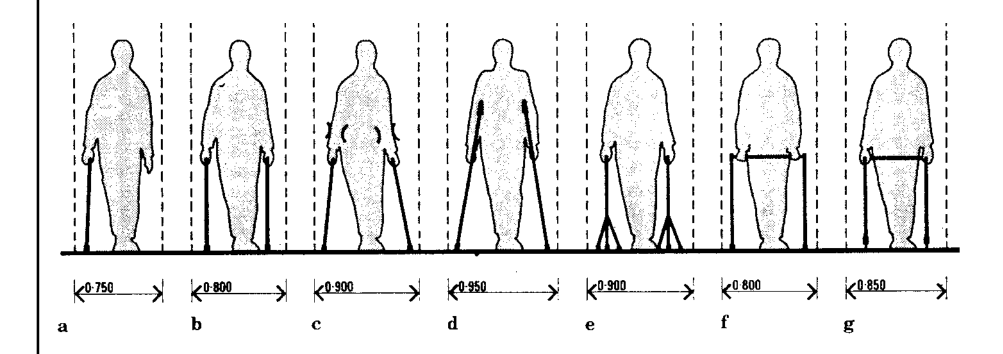
« La majorité des chambres des résidants seront simples mais, compte tenu des contraintes existantes, du contexte et de la situation, il peut être acceptable qu'au maximum, le tiers de la capacité du centre soit en chambres doubles ».

De plus, le programme fonctionnel et technique en CHSLD précise que « Outre les éléments d'ameublement, les aménagements doivent offrir les dégagements suffisants pour la circulation du résidant et du personnel infirmier, ainsi que ceux pour manœuvrer

le fauteuil roulant ou électrique et l'appareil lève-personne mobile. Nous résumons ces dégagements de la façon suivante :

- 1 220 mm au pied du lit (tolérance de 1 m en rénovation)
- 1 500 mm pour la giration du fauteuil roulant
- 1 800 mm pour la giration de l'appareil lève-personne mobile
- 920 mm pour le passage du fauteuil roulant
- 1 120 mm pour la sortie du lit à travers la porte de la chambre. »[3].

Si nous consultons Goldsmith[4], il est mentionné que les espaces de circulation requis lors de l'utilisation d'auxiliaires à la marche varient de 75 cm (29 po) (marche avec une canne) à 95 cm (37 po) (marche avec béquilles) selon le type d'auxiliaire utilisé.

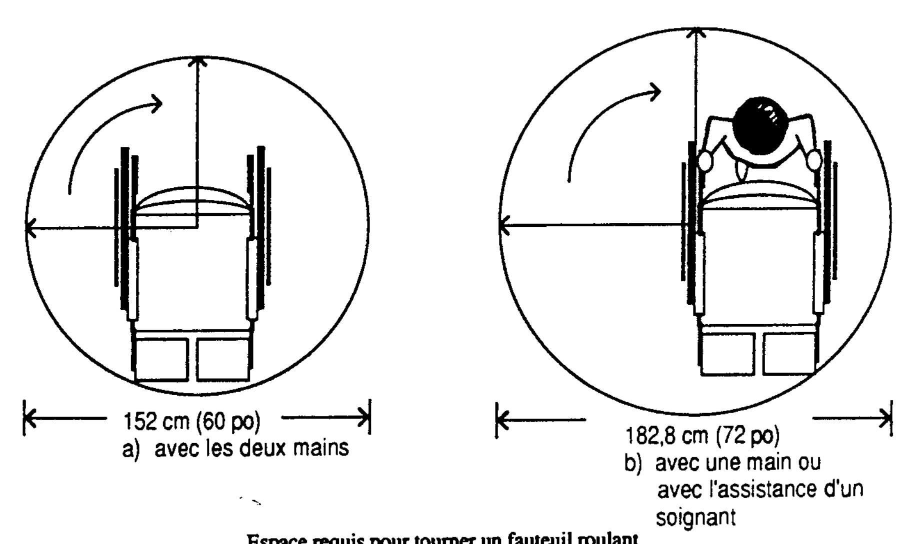


Utilisation d'auxiliaires à la marche

Source : Goldsmith, Selwyn. Tiré de *Designing for the disabled*, Third edition, London, England, 1976, p. 153.

De plus, dans une étude financée par l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail (IRSST)[5], Mme Dominique Le Borgne, ergonome, a évalué les espaces requis pour manipuler un certain nombre d'équipements dont le lève-personne. Il en ressort que l'espace nécessaire lors de l'utilisation du lève-personne varie de 1,55 m (60 po) à 1,80 m (72 po), selon le type de fauteuil.

En ce qui concerne la manipulation du fauteuil roulant, l'espace requis pour le pivoter sur lui-même varie de 1,52 m (60 po) à 1,83 m (72 po) selon qu'il est déplacé par une personne qui utilise ses deux membres supérieurs ou au contraire un seul membre supérieur[6]. Si le fauteuil roulant doit être déplacé par une autre personne, l'espace occupé par le soignant et le patient en fauteuil peut varier de 1,52 m à 1,83 m (60 po à 72 po).



Espace requis pour tourner un fauteuil roulant

Source : ASSTSAS. Tiré de *Approche globale en prévention : mode d'emploi*, volume 1 : unité de soins, 1991, p. 201.

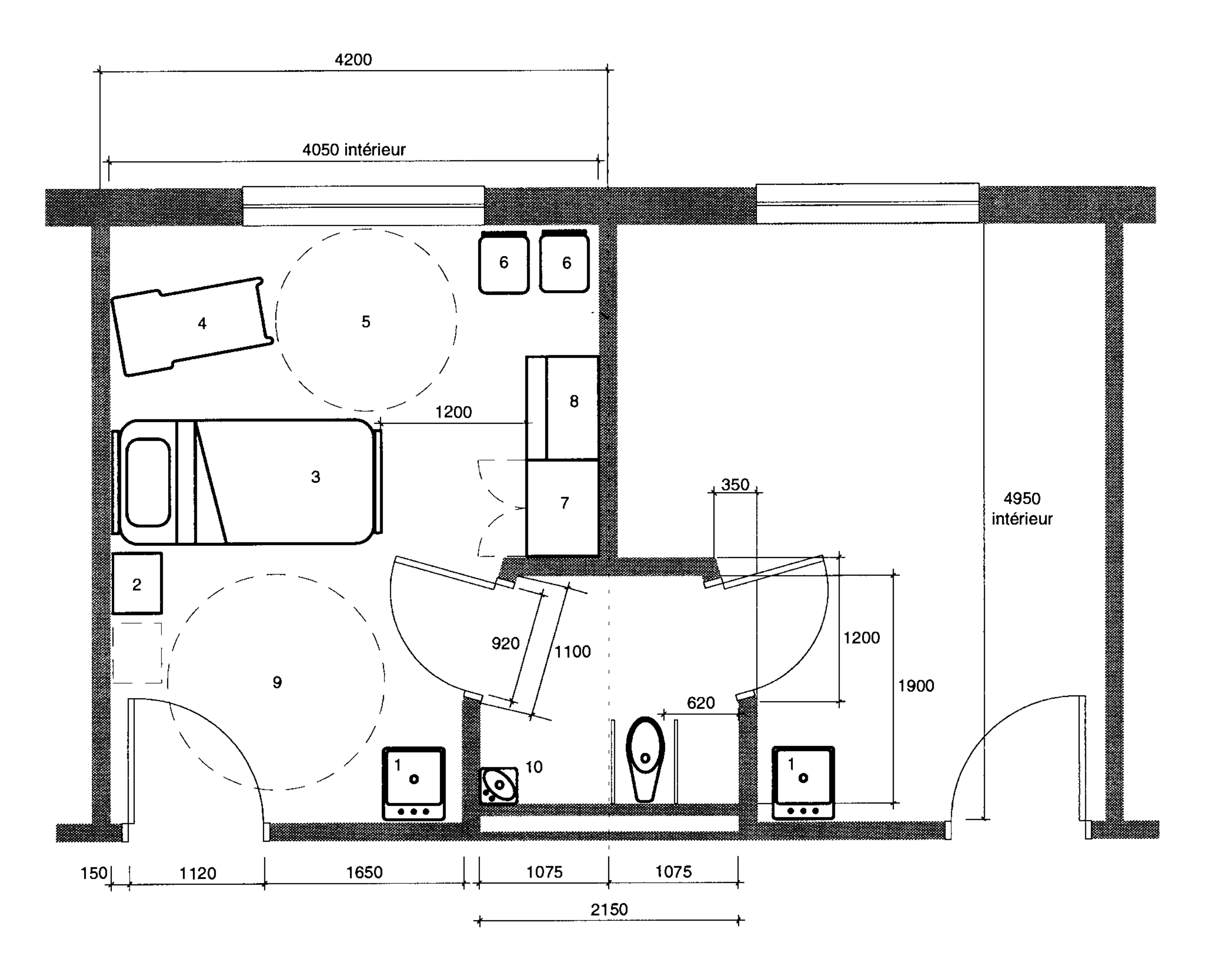
Il faut aussi considérer que des fauteuils gériatriques sont utilisés en hébergement et en soins de longue durée et souvent sur des unités de médecine ; ces équipements ont souvent des dimensions plus importantes que celles des fauteuils roulants. De plus, l'autonomie des patients qui en bénéficient est souvent limitée et requiert l'utilisation du lève-personne pour procéder au transfert lit ↔ fauteuil.

Tous ces facteurs nous permettent donc de constater que l'espace de 1,2 m (48 po) à l'extrémité du lit est un minimum et qu'il doit être gardé libre en tout temps. En ce qui concerne l'espace entre la fenêtre et le lit, il est possible d'y amener un fauteuil roulant et de le pivoter si celui-ci est de 1,52 m (60 po). Afin de garder libre l'accès à la tête du lit pour les transferts et les déplacements au lit, le cabinet de chevet (somno) doit être sur roulettes (avec freins si le patient s'y appuie) afin de le déplacer facilement.

L'espace de l'autre côté du lit est, dans la majorité des cas, insuffisant principalement lors de l'utilisation de lève-personne ou de fauteuils gériatriques, si des méthodes sécuritaires sont privilégiées ; pour faciliter le pivotement du lève-personne mobile en charge, un espace libre de 1,80 m (71 po) est nécessaire[5, 7].

En ce qui concerne la superficie des chambres, celle de 19,5 m^2 (incluant la salle de toilette)[3] recommandée pour la construction et la rénovation des CHSLD peut être très fonctionnelle, mais il faut considérer la configuration de la chambre (largeur et longueur), la disposition du garde-robe et l'ameublement présent dans la chambre. Souvent les garde-robes sont situées près de la tête du lit ne préservant qu'un espace limité entre le lit et la garde-robe ; cet espace sert à l'emplacement du cabinet de chevet (somno) diminuant ainsi l'accès à la tête du lit pour les « remontées à la tête du lit » ou toute autre manœuvre au lit. La garde-robe devrait être plus éloignée du lit ou située ailleurs dans la chambre. De plus, même si la chambre est grande, il faut que la quantité et les dimensions de meubles présents dans la chambre ne limitent pas la circulation avec des équipements ni l'exécution sécuritaire des tâches. Il ne faut donc pas considérer seulement la superficie des lieux mais comment cette superficie est utilisée.

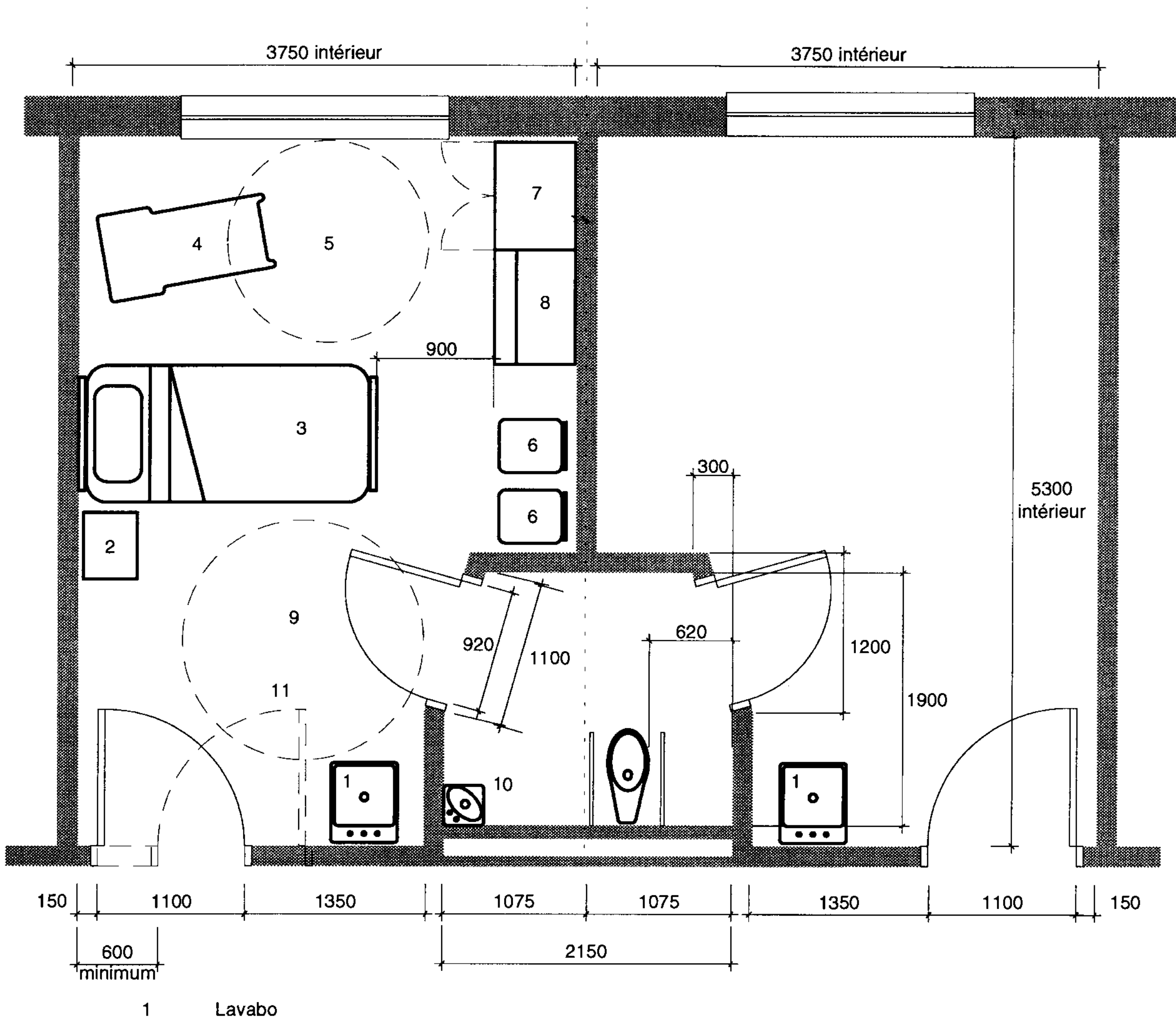
Un plan de chambre plutôt carré (4,05 m x 4,95 m) (13,3 pi x 16 pi) offre des possibilités d'aménagement plus intéressantes qu'un plan rectangulaire (3,75 m x 5,3 m) (12,25 pi x 17 pi).



1	Lavabo
2	Cabinet de chevet
3	Lit d'hôpital
4	Fauteuil de repos
5	Giration du fauteuil (1500 diam.)
6	Chaise
7	Meuble garde-robe
8	Meuble commode
9	Giration d'appareil de levage et autres (1800 diam.)
10	Petit lavabo

1 : 50

Plan A



1 Lavabo
2 Cabinet de chevet
3 Lit d'hôpital
4 Fauteuil de repos
5 Giration du fauteuil (1500 diam.)
6 Chaise
7 Meuble garde-robe
8 Meuble commode
9 Giration d'appareil de levage et autres (1800 diam.)
10 Petit lavabo
11 Autre emplacement de porte

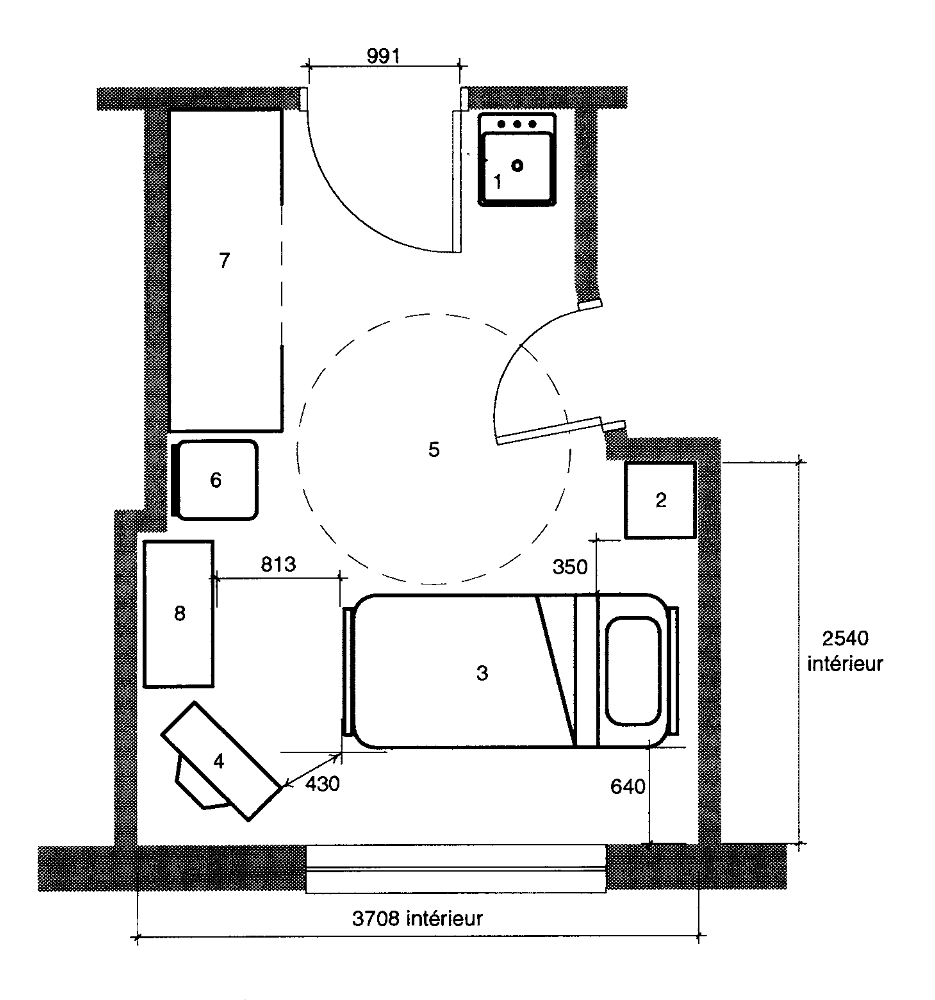
1 : 50

Plan B

Dans le plan A, l'espace permet de placer un meuble de rangement à l'extrémité du lit ; ce meuble comprend une garde-robe, des tiroirs de rangement, un espace pour le téléviseur et des tablettes pour les photos ou les bibelots du bénéficiaire. Malgré ce meuble, l'espace à l'extrémité du lit est de 1,2 m (48 po). Le lavabo est placé sur le mur de la porte ; le somno étant sur roulettes, l'espace sur le côté du lit est suffisant (plus de 1,83 m) (plus de 72 po) pour réaliser les déplacements ou transferts.

Dans le plan B, il est plus difficile de placer un meuble de rangement à l'extrémité du lit, car l'espace libre pour la circulation ne serait que de 90 cm (35,5 po) si le meuble n'a que 60 cm (23,5 po) de profondeur, donc insuffisant à l'extrémité du lit. Le lavabo peut être placé près de la salle de toilette. Nous pouvons donc constater en examinant les plans que l'espace libre pour les transferts et la circulation dans la chambre est plus intéressant dans la chambre carrée qui est même légèrement plus petite que la chambre rectangulaire.

Si nous examinons le plan C, dont la superficie est de 17 m^2 (incluant la salle de toilette), il n'est pas possible de préserver l'espace de circulation de 1,2 m (48 po) à l'extrémité du lit et du côté de la fenêtre ; l'espace est de seulement 43 cm (17 po) entre le lit et le téléviseur. Le patient ne peut ainsi avoir accès à la fenêtre, s'il est en fauteuil roulant, sauf si le personnel déplace l'ameublement ; cela consomme du temps et représente des risques de blessure. De plus, l'espace est restreint au pied du lit pour la manipulation des manivelles et le passage avec des équipements. En ce qui concerne les « remontées à la tête du lit », le personnel doit déplacer le « somno » devant le lavabo ; ainsi il peut procéder à la « remontée à la tête du lit » en respectant les principes du PDSB, puisque l'espace est dégagé de chaque côté du lit. Il ne faut pas oublier que ces patients ont majoritairement des fauteuils gériatriques de grande dimension, qu'il faut aussi placer dans la chambre ; l'examen du plan C ne nous fournit pas un emplacement de choix où le fauteuil ne nuira pas à la circulation du personnel. De plus, cette chambre possède une quantité de meubles limitée : lit, somno, table de télévision, commode et chaise.



1 Lavabo
2 Cabinet de chevet
3 Lit d'hôpital (2 134 mm longueur)
4 Téléviseur
5 Giration d'appareil de levage et autres (1 800 diam.)
6 Chaise
7 Meuble garde-robe
8 Meuble commode

1 : 50

Plan C

L'installation d'un lève-personne sur rail au plafond peut en partie compenser l'espace restreint mais, malgré tout, le lit doit demeurer accessible sur trois côtés, les espaces minimaux de circulation autour du lit doivent être préservés et l'accès libre à la tête du lit doit être présent pour les « remontées à la tête du lit ».

L'attribution des chambres en fonction des besoins de la clientèle est un moyen qui peut limiter les problèmes liés aux espaces restreints. Les chambres plus spacieuses sont réservées à la clientèle dont l'état requiert l'utilisation d'équipement nécessitant plus d'espace (fauteuil gériatrique, lève-personne, etc.).

Encombrement

Il est très important de remarquer l'encombrement de certaines chambres ; en soins de longue durée, cet encombrement est parfois causé par l'accumulation de meubles personnels appartenant au patient, par la présence de meubles non utilisés par le bénéficiaire (ex. : fauteuil de repos quand le patient est toujours assis dans son fauteuil roulant, marchette, bancs, etc.) et par la quantité de meubles présents dans la chambre.

En soins de courte durée, cet encombrement est principalement dû à la présence d'équipement médical de support (respirateur, pompe, bonbonne d'O^2, etc.) nécessaire aux soins du patient. Cet encombrement, quelle qu'en soit la cause, contribue à limiter l'accès au lit et autour du lit et à diminuer les espaces disponibles pour l'exécution des tâches du personnel et la manipulation des équipements.

En centre d'hébergement et de soins de longue durée, nous constatons que l'encombrement dans la chambre est souvent en relation avec l'autonomie du bénéficiaire. Il est toutefois important de considérer que cette autonomie, compte tenu de l'âge moyen des patients (+ de 80 ans), risque de diminuer au cours des prochaines années. Il sera alors plus difficile de priver le bénéficiaire de meubles ou d'équipements dont il a l'utilisation depuis son arrivée dans le centre d'accueil. Un des moyens de diminuer cet encombrement est de limiter le nombre et les dimensions des meubles que le patient peut apporter dans sa chambre ; l'établissement d'une politique à cet égard, transmise au bénéficiaire et à sa famille dès l'admission, peut améliorer grandement la situation. Cela ne signifie pas que le

patient ne peut apporter de meuble personnel, mais plutôt que l'établissement remisera les meubles de l'institution si des meubles supplémentaires sont apportés afin de ne pas encombrer la chambre.

De plus, un plan d'aménagement de la chambre spécifiant les espaces libres pour la circulation et l'exécution des tâches par le personnel doit être inclus dans la politique. Il est bien évident que tout équipement non utilisé ou non requis à la suite de l'évolution de l'état du bénéficiaire doit être éliminé des chambres (ex. : marchette, petit banc, chaise d'aisance, deuxième fauteuil, multiples chaises, etc.). Les chaises réservées aux visiteurs peuvent être des chaises pliantes qui requièrent moins d'espace pour le rangement. Il peut aussi être avantageux de conseiller la famille qui veut acheter un fauteuil, un humidificateur ou tout autre équipement à son parent afin que l'équipement soit mieux adapté et que ses dimensions ne limitent pas les espaces fonctionnels dans la chambre.

L'installation de la télévision sur un bureau déjà existant dans la chambre ou sur une tablette en hauteur (dans un coin de la chambre) est un autre moyen de diminuer la quantité de meubles présents dans la chambre. De plus, les garde-robes sont souvent sous-utilisées et mal conçues. L'installation de tablettes ou de tiroirs coulissants permet de mieux utiliser cet espace et de diminuer la dimension des bureaux ou de les éliminer tout simplement.

En CH de courte durée, comme l'encombrement est souvent relié à la présence d'équipement médical de support, il peut être plus difficile de regagner de l'espace. Cependant, certaines améliorations peuvent être réalisées.

Aux soins intensifs, à l'unité coronarienne ou sur d'autres unités, il y a souvent des patients qui nécessitent plusieurs solutés ; cela entraîne parfois la présence de plusieurs tiges à soluté dans la chambre, contribuant ainsi à l'encombrement des lieux. L'installation de tiges télescopiques sur rail au plafond permettrait d'y installer les solutés et ainsi de libérer l'espace requis par les tiges sur pied. Lorsque l'état du bénéficiaire nécessite l'utilisation d'équipement de support tel que le respirateur, il faut vérifier la possibilité de le placer en angle à la tête du lit, de façon à libérer le côté immédiat du lit. Si la majorité des soins ou interventions auprès du bénéficiaire se fait du côté droit du lit, il y a intérêt à placer le respirateur

du côté gauche. De plus, si l'espace au pied du lit est vaste, il y a possibilité de dégager la tête du lit du mur, de façon à libérer l'espace près de la tête du lit. Cependant, il est alors très important de s'assurer de l'efficacité des freins à bien immobiliser le lit. Le respirateur est alors placé près du mur, à la tête du lit.

Pour désencombrer l'espace de travail, il y a intérêt à ne pas placer tous les équipements du même côté du lit permettant ainsi une meilleure circulation autour du lit. Dans certaines circonstances, lorsque l'usage d'une pompe est requise, il y a possibilité d'installer deux solutés sur une même pompe ; cependant, cette solution ne peut être appliquée dans tous les cas, il faut tenir compte des débits, du type de médicament, etc. Certains modèles de tige à soluté sur pied peuvent recevoir jusqu'à quatre pompes permettant de diminuer l'encombrement du sol[8].

Les moniteurs cardiaques doivent être placés sur une tablette ajustable en hauteur et inclinable. Cette tablette ne doit pas se placer immédiatement à côté du lit, car il y a risque que les soignants s'y frappent lors des soins au lit et lors des remontées à la tête du lit.

Si l'état du bénéficiaire ne lui permet pas de s'asseoir dans un fauteuil, celui-ci peut être éliminé de la chambre et rangé dans un local prévu à cette fin libérant ainsi l'espace dans la chambre.

Aménagement non fonctionnel

Parfois l'espace est suffisant, mais la disposition des meubles limite ou empêche carrément l'utilisation de principes de sécurité dans l'exécution des tâches.

Très souvent, les meubles, qu'il s'agisse de cabinets de chevet (somno), de bureaux ou de secrétaire, sont disposés de chaque côté du lit, à la tête ; ces meubles ne sont pas tous sur roulettes (donc difficiles à déplacer), limitant ainsi l'utilisation des principes de sécrité lors d'interventions auprès du patient ; le personnel doit alors travailler en torsion pour remonter le patient à la tête du lit ou s'étirer par-dessus le somno pour atteindre le mécanisme de déverrouillage des côtés du lit.

Les bureaux et la table de télévision sont souvent situés au pied du lit, limitant ainsi le passage avec des équipements (fauteuil rou-

lant, marchette, lève-personne) et l'adoption de postures sécuritaires (genoux fléchis, dos non voûté et sans torsion, pieds écartés) pour actionner les manivelles du lit .

Afin d'augmenter l'espace disponible d'un côté du lit pour les transferts au fauteuil, l'utilisation du lève-personne et la circulation du patient, l'équipe de soins décide parfois d'appuyer le lit sur deux murs, ne permettant plus au personnel de circuler autour du lit. Il devient donc nécessaire de déplacer le lit pour changer la literie et pour l'installation et la mobilisation des patients au lit, lorsque l'aide de deux soignants est requise.

L'aménagement fonctionnel d'une chambre doit permettre la circulation et l'exécution des tâches de façon sécuritaire sans que le personnel n'ait à déplacer continuellement l'ameublement.

Le lit doit être placé de façon à permettre la circulation et l'accès libre sur trois côtés. La disposition des meubles doit laisser un espace libre d'au moins 1,2 m (48 po) à l'extrémité du lit permettant ainsi le passage des équipements et des personnes et l'adoption de postures sécuritaires pour ajuster les manivelles de lit (voir plan A).

L'accès à la tête du lit, par chacun des côtés doit être libre. Ceci permet au soignant de déverrouiller le côté du lit sans avoir à s'étirer au-dessus du cabinet de chevet (somno) et lui permet d'utiliser les principes de sécurité (contrepoids ou transfert de poids latéral) pour remonter le patient à la tête du lit. Si le cabinet de chevet doit être placé près du lit pour que le patient y ait accès, il faut s'assurer que celui-ci est sur roulettes et qu'il peut être déplacé facilement par le personnel.

Même si l'aménagement est fonctionnel, la clientèle en hébergement et en soins de longue durée présente une autonomie de plus en plus limitée qui requiert l'utilisation d'équipements mieux adaptés. L'installation de lève-personne sur rail ainsi que l'utilisation de lits à commandes électriques favorisent grandement le travail auprès des bénéficiaires ; vous retrouverez dans la section « Les équipements », les avantages et les caractéristiques de ces équipements.

Barrières architecturales

La présence de barrières architecturales telles que les seuils de porte et les portes étroites peuvent augmenter les dangers d'accident et limiter l'utilisation des équipements. En effet, nous retrouvons parfois des seuils de porte ou des dénivellations entre la chambre et les salles de bain ou de toilette ; cela peut entraîner des chutes pour le personnel et les patients et empêcher l'utilisation du lève-personne ou rendre plus difficile le déplacement des fauteuils roulants. Les portes trop étroites peuvent aussi limiter le passage avec certains équipements et entraîner des manipulations supplémentaires lors de transfert de patient.

Il faut éliminer les seuils de porte et les dénivellations afin d'aider à prévenir les chutes et de permettre l'utilisation sans danger des équipements roulants.

Les normes du MSSS prévoient que les portes, par lesquelles passeront les lits et les civières, doivent avoir au moins 1,12 m (44 po) de largeur. Cela permet effectivement le passage des lits et des autres équipements sans difficulté et sans être obligé de les basculer à la verticale.

En ce qui concerne les autres portes, le MSSS[3] recommande une ouverture de porte d'au moins 92 cm (36 po) pour faciliter le passage avec un fauteuil roulant. Si nous examinons à nouveau les espaces requis par des personnes qui circulent avec des auxiliaires à la marche (réf. : p. 40), nous constatons que la marche avec béquilles, avec quadripode et avec marchette peut nécessiter de 75 cm (29 po) jusqu'à 95 cm (37 po). Une ouverture de porte de 92 cm (36 po) permet donc la circulation aisée des personnes avec la plupart des auxiliaires à la marche.

Salles de toilette

Dans les établissements du MSSS, il existe plusieurs types de toilette : les toilettes standard communes pour tous les patients, les toilettes situées entre deux chambres et dans les chambres privées, les toilettes adaptées, les toilettes pour handicapés, les toilettes pour le personnel, etc.

Les besoins en espace et en équipement varient selon les unités de soins et selon la clientèle utilisatrice. Les espaces réservés au

personnel sont évidemment moins spacieux que ceux réservés à une clientèle en fauteuil roulant.

Voici donc les principaux problèmes relevés en ce qui concerne les toilettes réservées à l'usage des patients.

Espace restreint

Dans les unités de soins où la clientèle est en perte d'autonomie et circule en fauteuil roulant, en marchette ou avec assistance, l'espace restreint dans les salles de toilette est soulevé fréquemment. Les fauteuils roulants peuvent difficilement ou ne peuvent tout simplement pas entrer dans la salle de toilette. Les soignants doivent alors fournir plus d'effort pour aider le patient à se rendre à la toilette en marchant et cela augmente les risques de chute du patient. De plus, il peut être impossible d'utiliser les principes de sécurité (ex. : contrepoids) lors du transfert du patient, du fauteuil à la toilette. Pour qu'un soignant puisse installer un patient sur la toilette, en contrepoids, il doit y avoir au moins 75 cm (30 po) d'espace libre devant la toilette. L'espace restreint peut aussi empêcher de placer le fauteuil dans une position qui favorise la participation optimale du patient à son transfert.

Exemple : la disposition de la toilette et l'espace restreint ne permettent que de placer le fauteuil face à la toilette, près de la porte. Le patient doit donc se déplacer pour exécuter une rotation de 180° pour se retrouver dos à la toilette. Ceci augmente les dangers de chute du patient, diminue sa possibilité de participation et augmente l'effort à fournir par le personnel pour l'aider à transférer du fauteuil au siège de toilette.

Lorsque le fauteuil roulant entre dans la salle de toilette, le soignant est souvent obligé de soulever l'arrière du fauteuil roulant afin de le placer perpendiculairement à la toilette, car l'espace restreint ne permet pas le pivotement de l'équipement à l'intérieur de la salle ; rappelons qu'un espace libre de 1,52 m (60 po) est requis pour faire pivoter un fauteuil roulant. Comme dans la majorité des cas, l'ouverture de la porte se fait vers l'intérieur de la pièce, cela réduit encore davantage l'espace disponible et empêche souvent la fermeture de la porte lorsque le patient et le soignant sont à l'intérieur.

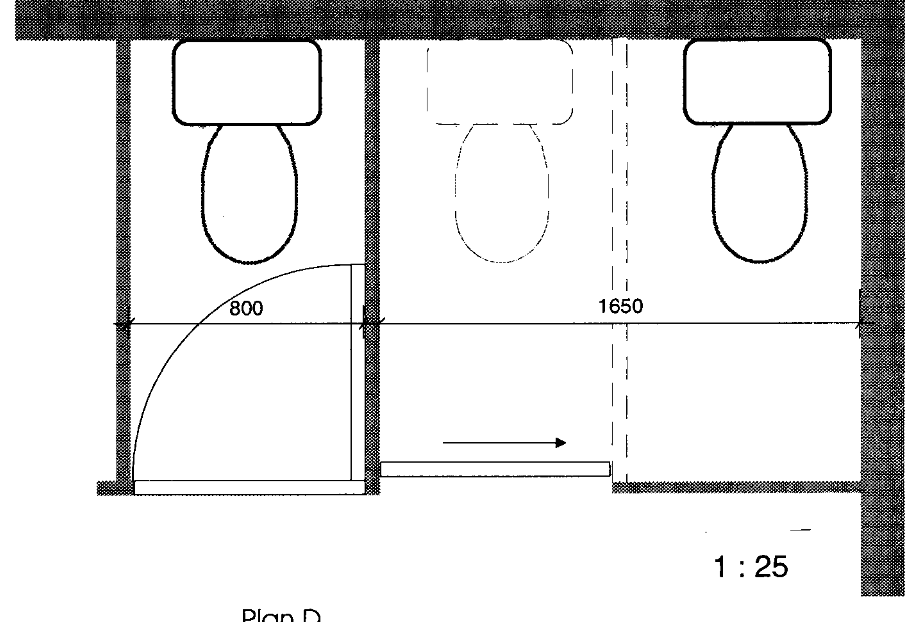
La conception actuelle des salles de toilette prévoit l'emplacement de la toilette près d'un mur latéral. L'espace entre le mur et la toilette est de moins de 30 cm (12 po). Comme les patients en perte d'autonomie nécessitent souvent l'assistance de deux soignants lors des transferts à la toilette, cet espace de 30 cm (12 po) est nettement insuffisant pour qu'un soignant puisse s'y placer et respecter les principes de sécurité pour aider le patient. De plus, un lavabo est souvent placé de l'autre côté de la toilette, limitant encore la possibilité pour le second soignant d'y travailler en toute sécurité. Souvent, il n'y a aucune barre d'appui sur laquelle le patient peut s'appuyer pour se relever ou s'asseoir sur la toilette. Lorsqu'elles sont présentes, elles peuvent être placées trop près du siège ou d'un seul côté de la toilette limitant ou empêchant même leur utilisation (les patients n'ont pas tous une atteinte du même côté). Les soignants doivent alors fournir une assistance plus importante pour compenser l'impossibilité du patient à utiliser les barres d'appui.

Le MSSS a établi des normes de référence[2,3] quant aux espaces requis dans les salles de toilette selon le type d'unité et la clientèle utilisatrice.

CH COURTE DURÉE : NORMES DE SUPERFICIE/M^2				
	SOINS LONGUE DURÉE	MÉD., CHIRURG., ORTHO, GYNÉCO.	SOINS INTENSIFS ET CORONARIENS	URGENCE
Chambre à 1 lit	3,9 m^2	4,0 m^2 (inclut aussi bain standard)		4,0 m^2 (inclut aussi sanitaire et douche)
Chambre d'isolement		4,0 m^2 (inclut aussi bain standard)		
Chambre à 2-3-4 lits	3,3 m^2	2,9 m^2		
Sanitaire handicapé (section activités collectives)	4,5 m^2			
Sanitaire adapté		3,3 m^2		
W.-C. personnels	2,4 m^2	2,4 m^2	2,4 m^2	2,4 m^2
W.-C.			2,4 m^2	2,0 m^2 (section traitements)

CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE : NORMES DE SUPERFICIE/M^2	
W.-C. adaptés	4,0 m^2 (une pour deux chambres)
W.-C. adaptés dans section réadaptation	4,5 m^2
W.-C. personnels	2,5 m^2
W.-C. publiques adaptés	3,3 m^2

Nous pouvons constater que ces références varient de 2,0 m^2 à 4,5 m^2 pour les salles de toilettes utilisées par des bénéficiaires. Les cabines de toilette standard accessibles aux patients de l'unité devraient être réservées exclusivement à l'usage des personnes ambulantes et parfaitement autonomes ; l'espace dans ces salles de toilette ne permet aucunement d'assister un bénéficiaire. De plus, lorsque le nombre de toilettes disponible sur l'étage le permet, il y aurait intérêt à éliminer le mur situé entre deux cabines mitoyennes ainsi qu'une toilette de façon à doubler l'espace de la cabine restante. Rappelons qu'une salle de toilette accessible aux personnes en fauteuil roulant peut être utilisée par une personne autonome ; par contre l'inverse n'est pas vrai.

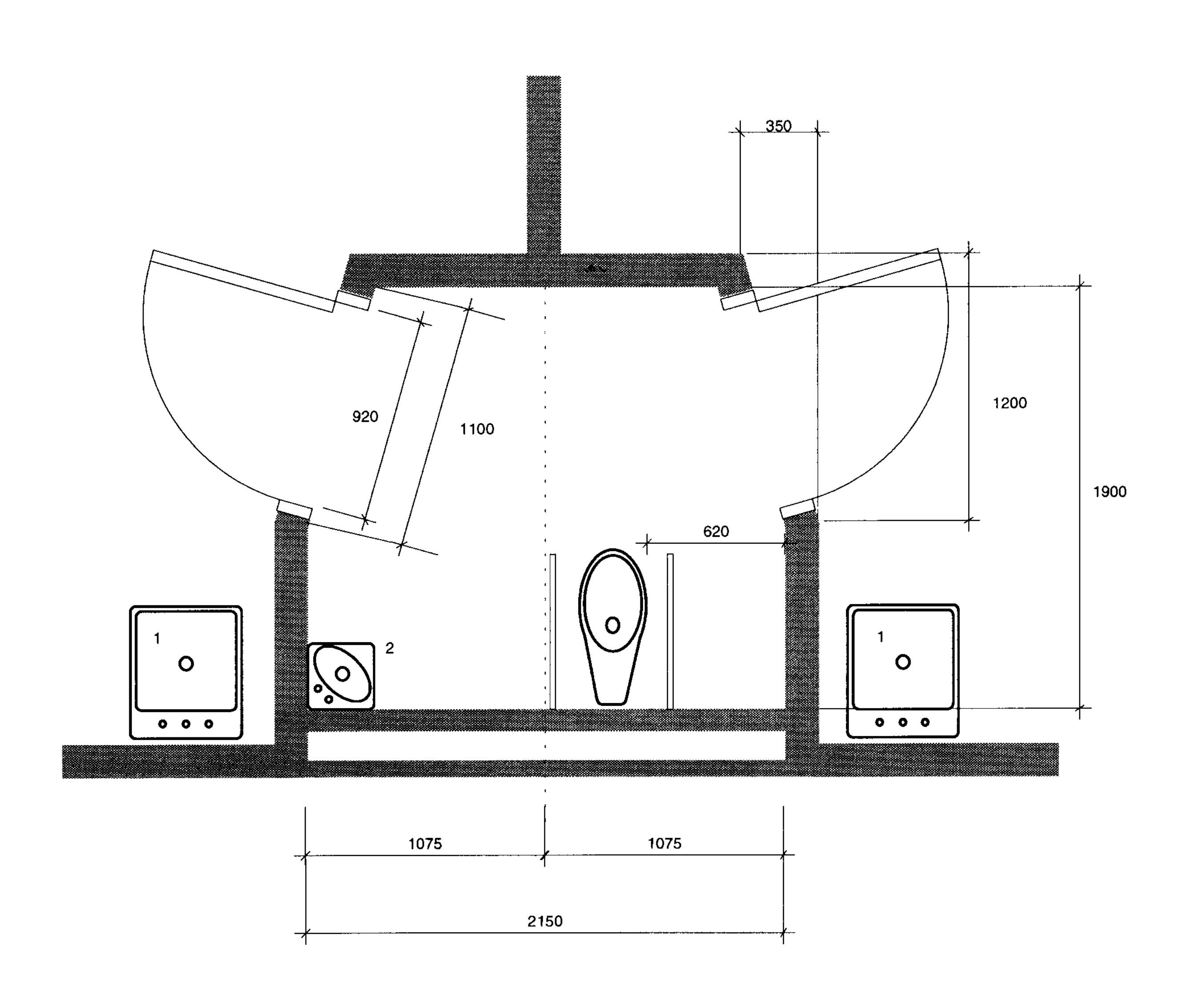


Plan D

Il est aussi irréaliste de penser que toutes les personnes en fauteuil roulant peuvent effectuer leur transfert seules sans aide. Cela peut être le cas dans des unités de réadaptation ou avec une minorité de patients. Il faut donc que les espaces soient planifiés pour permettre à au moins un soignant, sinon deux, d'assister le bénéficiaire dans son transfert à la toilette.

Afin que deux soignants puissent aider leur patient en respectant les principes de sécurité, il faut que l'espace libre de chaque côté du siège de toilette soit d'au moins 62 cm (24 po). De plus, il faut s'assurer qu'il est possible de placer le fauteuil roulant perpendiculairement à la toilette, ce qui nécessite un espace d'environ 1,15 mètres (45 po) si les repose-pied sont fixes et de 80 cm (31,5 po) si les repose-pied sont pivotés latéralement ou enlevés. Idéalement, l'espace devrait permettre le pivotement du fauteuil roulant ; une superficie de 4 m^2 est nécessaire pour réaliser ces activités, soit une salle de toilette de 1,90 m par 2,15 m (6,25 pi par 7 pi). Nous avons cet espace dans les plans présentés par le MSSS (plan E).

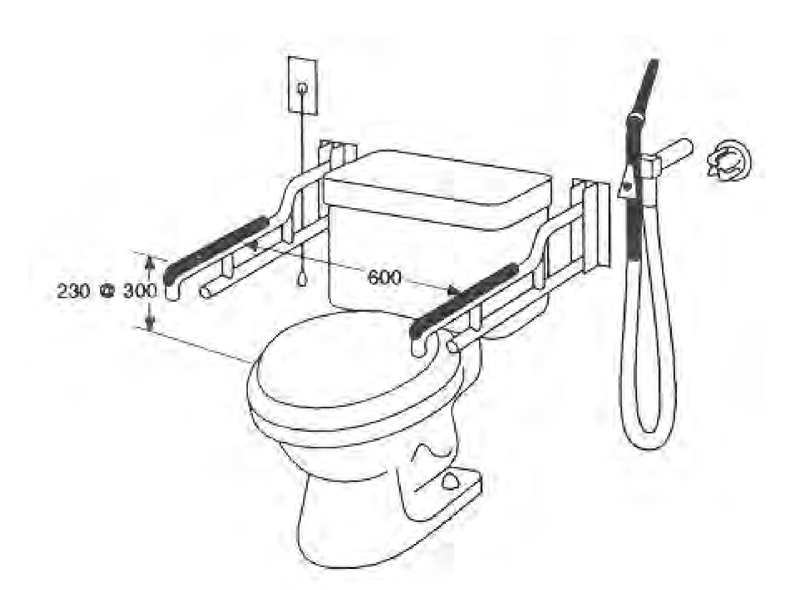
De plus, des barres d'appui pivotantes devraient être fixées sur le mur derrière la toilette ; elles peuvent être abaissées si le patient peut les utiliser. Si, au contraire, deux soignants doivent aider le patient, celles-ci peuvent être pivotées le long du mur et ainsi ne pas nuire aux intervenants. Les barres d'appui doivent être placées à environ 23 cm (9 po) plus haut que le siège de toilette (réf. : section « Les équipements : barres d’appui »).



1 Lavabo
2 Petit lavabo

1 : 25

Plan E



Barres d’appui pivotantes

Pour certains bénéficiaires, il peut être possible de placer le fauteuil parallèlement à la toilette ou légèrement en angle ; cependant, il faut que la toilette soit dégagée suffisamment du mur postérieur afin que le fauteuil ne soit pas situé vers l'avant de la toilette, car ceci oblige le patient à se déplacer latéralement et ensuite à se reculer, ce qui est plus difficile que de pivoter latéralement lorsque le fauteuil est perpendiculaire à la toilette.

Si un lavabo est installé dans la salle de toilette, il faut s'assurer que son emplacement ne nuit pas au bon positionnement des soignants et du fauteuil roulant ; il devrait donc être éloigné de la toilette d'au moins 60 cm (24 po). Les normes du MSSS ne prévoient pas l'installation d'un lavabo dans la salle de toilette. Toutefois, certains établissements ont installé un petit lavabo utilisé seulement par le personnel qui doit rincer une débarbouillette ou se laver les mains afin d'éviter de retourner dans la chambre ; celui-ci doit être placé dans le coin de la salle de toilette, là où il ne nuit pas aux déplacements. Par contre, le lavabo dans la chambre doit être placé à une hauteur qui permet son utilisation par un patient en fauteuil roulant, soit un espace de dégagement d’au moins 66 cm (26 po) sous le lavabo.

Selon le MSSS, les cabinets d'aisance doivent être à hauteur régulière de 38,1 cm (15 po) dans l'ensemble du bâtiment et être munis d'un réservoir de chasse pour l'appui du dos des personnes[3]. Si le bénéficiaire a de la difficulté à se relever du siège, il est possible d'installer un siège surélevé ; par contre, si tous les sièges de toilette sont plus élevés, les personnes de petite taille ont de la difficulté à s'asseoir, leurs pieds ne sont pas en appui au sol et cela ne facilite pas l'élimination.

Lorsque l'établissement possède des salles de toilette dont les dimensions ne permettent pas une utilisation sécuritaire avec une clientèle en fauteuil roulant, il faut envisager une autre solution : les chaises d'aisance. En effet, ces équipements sont habituellement de dimension plus petite ; il est possible alors d'effectuer le transfert du patient, de son fauteuil à la chaise d'aisance, dans la chambre là où il y a plus d'espace. Le patient est par la suite amené à la salle de toilette, sur sa chaise d'aisance qui est ensuite placée au-dessus du siège de toilette. Les deux équipements doivent être compatibles, c'est-à-dire la hauteur du siège de toilette doit être inférieure à celle de la chaise d'aisance ; de plus cet équipement doit respecter les règles de sécurité qui seront énoncées dans la section « Les équipements ».

L'installation d'un lève-personne sur rail peut aussi être une solution ; le rail peut alors relié la chambre et la salle de toilette, éliminant ainsi les transferts à la toilette ; les portes doivent cependant être modifiées pour permettre le passage du rail.

Plancher glissant

Certains planchers des salles de toilette sont recouverts d'une céramique soi-disant « antidérapante » ; celle-ci est souvent glissante et augmente les dangers de chute du personnel et des patients ; la présence d'eau sur le plancher augmente évidemment le danger.

Le plancher des salles de toilette devrait être recouvert d'une surface antidérapante plutôt que d'une céramique. Les normes du MSSS[3] précisent que : « le plancher de la cuisine de même que des toilettes et salles de bain exige un revêtement durable, antidérapant assurant le respect des plus strictes conditions d'hygiène ».

Barrières architecturales

Les portes des salles de toilette sont souvent très étroites, de 60 cm (24 po) à 75 cm (30 po) ; le patient qui circule en marchette doit y entrer de côté et il est impossible d'y pénétrer avec un fauteuil roulant même si l'espace dans la salle de toilette est suffisant. Les soignants « supportent » alors le patient pour qu'il marche jusqu'à la toilette ; l'effort à fournir et les dangers de chute sont importants.

Comme mentionné dans la section « chambres », la présence de seuils de porte surélevés empêche l'utilisation sécuritaire d'équipements roulants et augmente les dangers de chute pour le personnel et les patients.

L'emplacement et le sens d'ouverture de la porte doivent aussi être considérés. Lorsque la porte ouvre vers l'intérieur, celle-ci doit pouvoir être refermée même lorsque le patient, son fauteuil roulant et un ou deux soignants sont dans la salle de toilette ; ce n'est pas toujours possible. Une porte qui coulisse dans le mur peut être une solution intéressante ; ces portes devraient avoir une ouverture libre de 92 cm (36 po). La porte permettant le passage des équipements et des personnes qui circulent avec des auxiliaires à la marche peut aussi ouvrir vers la chambre. De plus, il ne doit y avoir aucun seuil de porte surélevé.

Salles de bain

Plusieurs modèles de salles de bain se retrouvent dans les établissements du secteur : salles de bain avec baignoire standard, avec baignoire surélevée munie d'un lève-personne, avec baignoire hydraulique et lève-personne (chaise ou civière), avec douche, etc. Les problèmes sont très diversifiés selon le type d'aménagement et la clientèle utilisatrice.

Accessibilité à la baignoire et espace restreint

Dans les salles de bain, certaines baignoires sont accessibles d'un seul côté, limitant ainsi les possibilités de transfert sécuritaire. De plus, l'espace est souvent réduit pour l'utilisation de principes de sécurité et des équipements.

Les baignoires basses devraient être réservées exclusivement à l'usage des personnes autonomes ; sinon le soignant doit s'accroupir

ou s'agenouiller pour laver le patient. Comme ces baignoires sont souvent accessibles d'un seul côté, le personnel doit adopter des postures de torsion, de flexion du tronc, pour y effectuer des transferts ; ces manœuvres sont non sécuritaires pour le dos. Avec ce type de baignoire, il arrive que le personnel place un pied dans la baignoire pour aider le patient à entrer ou à sortir de la baignoire ; cette manœuvre, même si elle contribue à diminuer les torsions du dos, comporte souvent des soulèvements de patient et elle est non sécuritaire.

Ces baignoires sont parfois équipées d'un siège de transfert et d'une douche téléphone ; elles peuvent alors être utilisées pour doucher les patients en position assise. Il faut donc s'assurer que l'espace est suffisant à côté de la baignoire pour effectuer le transfert au banc de bain en toute sécurité.

Lorsque la baignoire est surélevée, mais à hauteur fixe, le travailleur est souvent penché pour laver les membres inférieurs et le siège du patient. Plus le soignant est grand, plus il est penché. Si la baignoire n'est pas munie d'un lève-personne, le personnel doit soulever le bénéficiaire au-dessus du rebord de la baignoire, ce qui ne respecte pas les principes de sécurité, exige beaucoup d'effort et est à haut risque d'accident. Lorsqu'un espace libre sous la baignoire a été prévu, il est possible d'utiliser un lève-personne mobile pour transférer le patient dans la baignoire ; cependant, l'espace dans la salle de bain doit être suffisant pour déplacer le lève-personne sans exiger d'effort en torsion pour le personnel.

De plus en plus d'établissements s'équipent de baignoire à hauteur variable ; l'ajustement en hauteur permet à tous les travailleurs, quelle que soit leur grandeur, d'adopter une posture sécuritaire (sans flexion ni torsion du tronc) pour laver le patient. Cependant, ces baignoires peuvent occuper un espace de 2,2 mètres (86,5 po) en longueur, ce qui requiert une grande salle de bain car nous avons toujours intérêt à garder notre espace minimal de circulation de 90 cm (35,5 po) à l'extrémité de la baignoire. Lorsque ce n'est pas le cas, les travailleurs sont souvent en torsion pour manipuler les équipements.

Les espaces de rangement pour les équipements sont à peu près inexistants dans les établissements non récents ; comme les salles

de bain sont en fonction pendant une période limitée de la journée (principalement en matinée), il arrive très souvent qu'elles servent de lieu de rangement. Celles-ci sont donc encombrées par des équipements non utilisés, limitant ainsi les espaces disponibles pour procéder aux transferts de patients et pour circuler. De plus, la présence de pièces d'équipement sur le plancher (petit banc, appuie-jambes des fauteuils, etc.) augmente les risques de s'y frapper et de trébucher.

Les tablettes et les armoires de rangement situées dans les espaces de circulation ou dans les aires de grande activité, représentent un risque pour le personnel qui peut s'y frapper.

Le répertoire des normes et procédures du MSSS prévoit, lors de la construction de nouveaux établissements, une superficie pour les salles de bain selon le type d'unité de soins.

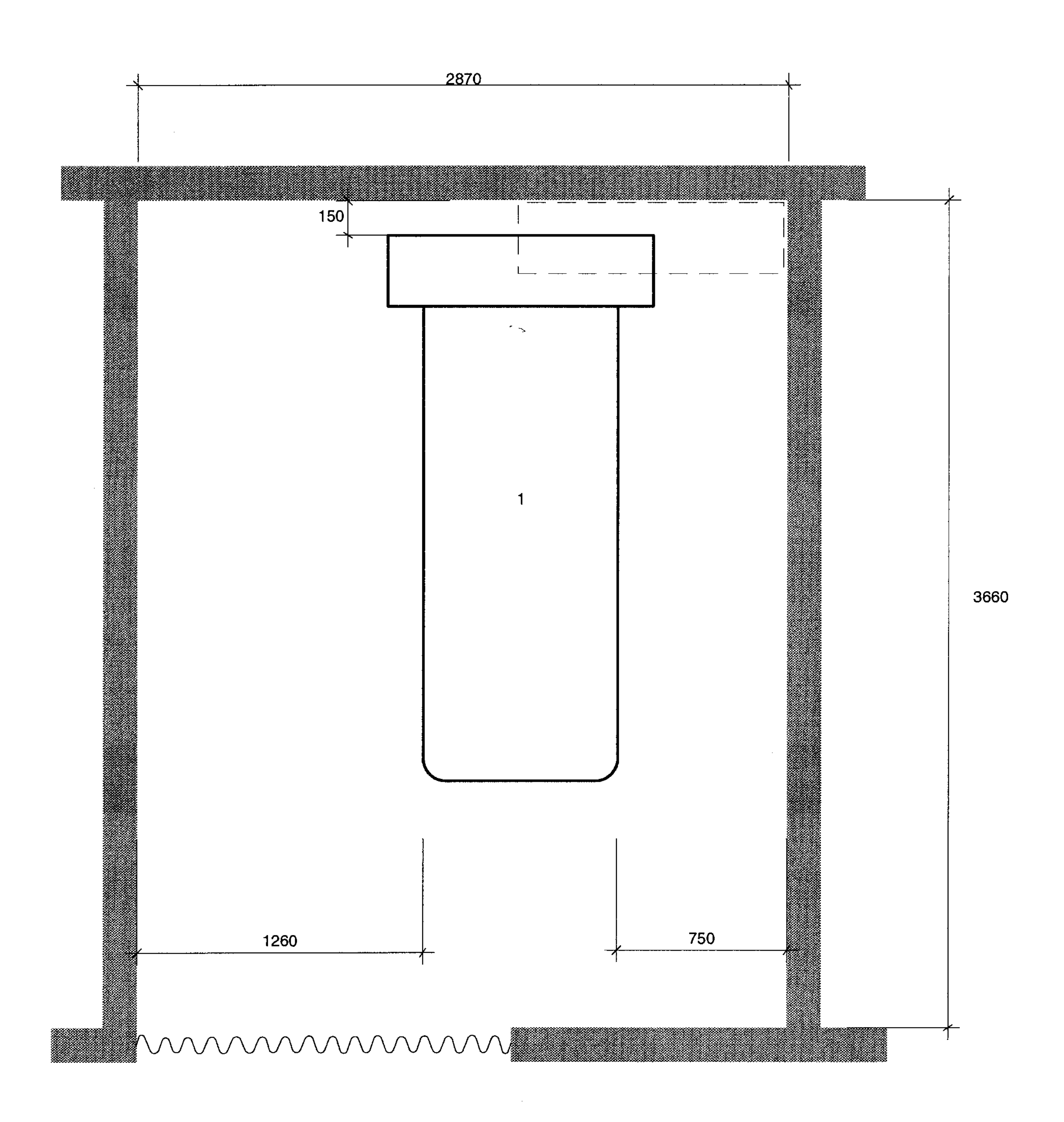
SALLES DE BAIN : NORMES DE SUPERFICIE / M^2

	CH COURTE DURÉE		CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE
	SOINS PROLONGÉS	MÉDECINE, GYNÉCO., ORTHO., CHIRURGIE	
Bain thérapeutique	10,0 m^2		10,0 m^2
Bain clinique	8,5 m^2	8,5 m^2	
Douche spéciale	5,0 m^2		5,0 m^2
Bain domestique		2,8 m^2	

Dans les normes du MSSS, il est fait mention d'un complexe sanitaire qui regroupe deux salles de bain thérapeutiques (10 m^2 chacune), une douche (5 m^2), une salle de toilette adaptée (3,3 m^2) et un local lingerie-coiffure (11 m^2), pour un total de 39,3 m^2. Il peut être intéressant de regrouper ces locaux si leur emplacement est centralisé sur l'unité ; par contre, si l'on veut regrouper ces locaux lors d'une rénovation et que le complexe n'est pas central dans l'unité, cela risque d'augmenter les distances à parcourir pour le personnel. Parmi les incitatifs à regrouper les salles de bain, les travailleurs mentionnent la facilité d'entraide pour dispenser les

soins d'hygiène ou pour les transferts. Cependant, le système de ventilation doit être très efficace afin de bien contrôler le taux d'humidité et la température excessive dans ces locaux. Dans le répertoire des normes et procédures, il est spécifié : « il faut prévoir un revêtement de mur approprié et l'évacuation du surplus d'humidité ». De plus, ces lieux peuvent être bruyants si les baignoires sont équipées de tourbillon.

Pour les deux salles de bain thérapeutiques, le MSSS recommande[3] : des baignoires adaptées à hauteur réglable accessibles sur trois côtés. Le personnel peut placer le bain à la hauteur désirée et se servir d'une chaise ou d'une civière sur levier hydraulique pour y glisser le bénéficiaire ; une douche téléphone doit aussi être comprise avec cet équipement. Selon le MSSS, l'espace libre d'un côté de la baignoire est de 75 cm (29,5 po) et de 1,26 m (49,5 po) de l'autre côté ; si un transfert du fauteuil roulant à un lève-personne doit être effectué dans cet espace de 1,26 m (49,5 po), cela représente une difficulté pour manipuler et pivoter ces deux équipements (plan F).



1 Baignoire

1 : 25

Plan F

Il est intéressant de noter que la porte est située à l'extrémité de la baignoire, limitant ainsi le besoin de pivoter avec la civière et le lève-personne. La majorité des soignants sont droitiers et se placent donc du côté droit de la baignoire pour laver le patient ; lorsqu'une civière ou une chaise-levier est utilisée, il est important que le mât de charge soit placé du côté gauche de la baignoire de façon à ne pas nuire au travail du personnel.

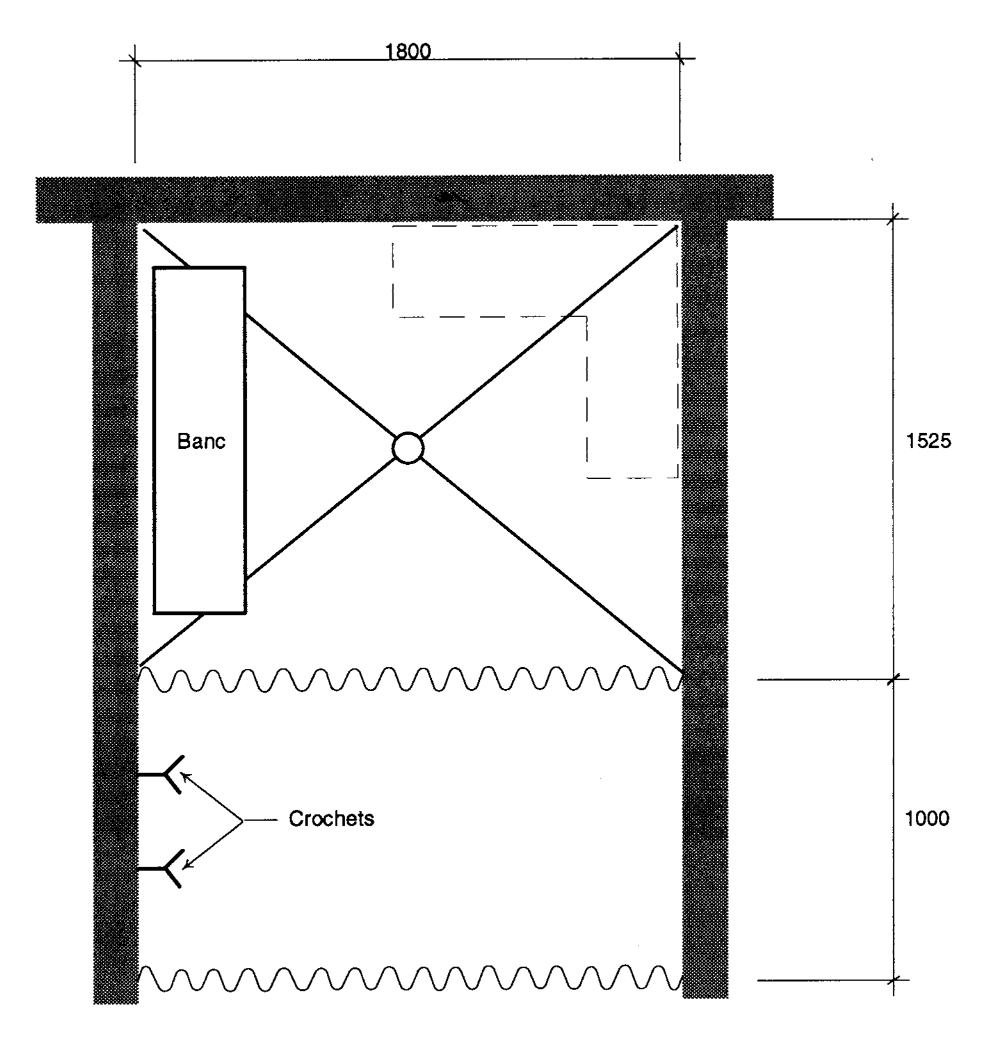


Baignoire thérapeutique
Source : publicité de la compagnie ARJO.

Si la civière n'est pas utilisée pour aller chercher le patient à la chambre et que le transfert du fauteuil roulant à la civière s'effectue dans la salle de bain, l'espace est restreint pour procéder de façon sécuritaire ; l'installation d'un lève-personne sur rail au plafond devient une solution avantageuse qui permet de procéder de façon sécuritaire dans cet espace. La civière est alors placée au-dessus de la baignoire, le fauteuil roulant est placé parallèlement ; le patient est soulevé du fauteuil au moyen du lève-personne, déplacé latéralement jusqu'au-dessus de la civière et descendu sur la civière.

Il faut éviter de placer la baignoire sur le même mur que la porte car cela oblige le personnel à pivoter la civière ou la chaise-levier sur 180°. La porte peut être située sur un mur latéral de la baignoire, mais le pivotement des équipements est facilité si la porte est située plus près de l'extrémité de la baignoire.

Les normes du MSSS[3] prévoient que le complexe sanitaire sera doté « d'une douche spéciale servant aux cas moins lourds, c'est-à-dire des bénéficiaires capables de procéder eux-mêmes à leur toilette personnelle (plan G). Cette douche de 5 m^2, construite par l'entrepreneur, sera facile d'accès pour une personne qui a de la difficulté à marcher, donc sans seuil surélevé, le plancher sera antidérapant et un banc sera adapté à l'intérieur de la douche afin que le bénéficiaire puisse s'asseoir et prendre sa douche en position assise. La douche-téléphone, le rideau de douche, les barres verticales et horizontales ainsi qu'une tablette à effets personnels sont donc requis. Tous ces équipements doivent être faciles d'accès, autant pour les personnes assises que debout. Des crochets à différentes hauteurs pour la robe de chambre et un drain au centre de la pièce devront être prévus »[3].



1 : 25

Plan G

Certains établissements de soins prolongés se sont aussi équipés d'une civière-douche. Il s'agit d'un civière rembourrée ajustable en hauteur dont les rebords sont d'environ 22,8 cm (9 po) de hauteur ; cet équipement peut être utilisé avec une douche-téléphone.



Civière-douche
Source : publicité de la compagnie ARJO.

Les patients qui n'ont pas de tonus ou ceux qu'il est difficile de placer en position assise dans le bain, peuvent bénéficier de cet équipement ; le patient est lavé en position couchée sur la civière. Les travailleurs qui utilisent cet équipement sont très satisfaits. Le patient peut être amené de la chambre sur la civière ; si les espaces dans la chambre ne facilitent pas le déplacement de la civière, le patient peut être amené à la salle de bain en fauteuil et transféré sur la civière à l'aide d'un lève-personne.

En ce qui concerne les salles de bain munies de bain clinique surélevé adapté avec un système de lève-personne, le MSSS recommande une superficie de 8,5 m^2. Habituellement, le lève-personne est fixe au plancher à l'extrémité de la baignoire ; il est donc essentiel d'avoir un espace suffisant (1,80 m - environ 72 po) à l'extrémité de la baignoire pour placer le siège du lève-personne et le fauteuil roulant de même qu'un soignant qui procède au transfert en respectant les principes de sécurité. L'espace sur les côtés de la baignoire doit permettre au personnel de laver le patient dans une bonne position mais il doit aussi permettre le pivotement du lève-personne. L'emplacement et le sens d'ouverture de la porte ne doivent pas nuire aux intervenants.

Barrières architecturales

La présence de seuils de porte surélevés rend non sécuritaire l'utilisation d'équipement roulant. L'emplacement de la porte latéralement à la baignoire peut obliger le personnel à pivoter avec des équipements dans des espaces restreints et souvent avec des postures de torsion. Les portes situées à l'extrémité des baignoires permettent un accès plus direct avec la civière ou le lève-personne. De plus, la largeur des portes rend parfois difficile l'accès avec des civières, lève-personne, fauteuils roulants, etc. ; plusieurs essais sont nécessaires pour pénétrer dans la pièce et souvent les murs et les cadres de porte sont abîmés au passage.

Les portes des salles de bain doivent être d'au moins 1,12 m (44 po) de largeur puisque des équipements tels les lève-personne et les civières doivent y circuler. Les seuils de porte et les dénivellations doivent être évités afin de permettre l'utilisation sécuritaire des équipements roulants.

Plancher glissant

La nature du revêtement de sol, son entretien, la présence d'aliments, d'eau, d'urine, de poudre sur le plancher peuvent favoriser les chutes et les glissades. Les problèmes soulevés par les planchers glissants peuvent se retrouver dans tous les secteurs de l'unité de soins et proviennent de plusieurs causes. Les planchers sont souvent recouverts de matériaux qui ne sont pas antidérapants : céramique, terrazo, tuiles, etc.

Dans les salles de bain, l'utilisation des civières, des lève-personne et les tâches de transfert entraînent la présence d'eau sur le plancher, augmentant ainsi les dangers de chute. De plus, les drains de plancher sont souvent en nombre insuffisant ou mal situés pour favoriser l'écoulement de l'eau ; la pente du plancher autour des drains peut ne pas être suffisante pour permettre cet écoulement.

Lorsque la civière ou le lève-personne revient de la salle de bain, il peut y avoir des gouttes d'eau sur le plancher tout le long du trajet ; cela représente un danger de chute pour les personnes qui circulent dans les corridors.

Par ailleurs, les inégalités du sol, les dénivellations, les bris de la surface du plancher (tuiles brisées, trous dans le terrazo) représentent des dangers de chute et nuisent à l'utilisation d'équipements roulants.

Les normes du MSSS[3] précisent que le plancher des toilettes et des salles de bain exige un revêtement durable, antidérapant assurant le respect des plus strictes conditions d'hygiène et de sécurité. De plus, la présence de drains permet l'évacuation de l'eau, mais la pente du plancher autour du drain doit être suffisante pour faciliter l'écoulement de l'eau.

Autres locaux

Plusieurs types de locaux se retrouvent sur une unité afin de supporter les services aux bénéficiaires. Dans cette section, nous allons parler plus spécifiquement des utilités propre et souillée, de la lingerie, de la pharmacie, de la cuisinette et du local d’entreposage du matériel roulant.

Les problèmes rencontrés dans ces locaux sont souvent en relation avec l'encombrement des lieux et avec la disposition et l'aménagement des comptoirs et des tablettes de rangement. De plus, sur certaines unités de soins, il n'y a pas de local d’entreposage du matériel roulant ni de lingerie ; les civières, les chariots à lingerie, les fauteuils roulants et gériatriques de même que les lève-personne sont laissés dans les corridors ou rangés dans les chambres et les salles de bain. Ceci contribue à l'encombrement, limitant les espaces de circulation dans les corridors et les espaces disponibles pour l'exécution sécuritaire des tâches dans les salles de bain et dans

les chambres. Souvent le personnel doit déplacer ces chariots et ces équipements à plusieurs reprises dans la journée afin de libérer l'espace nécessaire ; cela entraîne des pertes de temps et des efforts inutiles de déménagement de matériel.

De plus, dans certains locaux de rangement, il n'y a pas de règle spécifique concernant la disposition des équipements ; tout y est déposé pêle-mêle et souvent aucun corridor de circulation n'est préservé. Le travailleur doit alors déplacer plusieurs équipements et se « faufiler » dans cet encombrement pour avoir accès à l'équipement recherché. Cela peut entraîner des dangers de s'accrocher et de trébucher de même que des risques de se frapper sur ce matériel, sans oublier les pertes de temps associées à la récupération de ce matériel. Il peut aussi arriver que le personnel, compte tenu de la difficulté d'accès à l'équipement, fasse le choix de ne pas l'utiliser et de procéder manuellement à un transfert de patient, par exemple. Parfois des bonbonnes d'O^2 sont entreposées dans ces locaux sans être fixées au mur ; si ces bonbonnes de gaz comprimé tombaient, cela pourrait entraîner des conséquences dangereuses.

En ce qui concerne la disposition des tablettes et des étagères dans la cuisinette ou dans les utilités et à la pharmacie, celles-ci sont souvent trop hautes et obligent le personnel à travailler en position d'étirement, les bras au-dessus des épaules, augmentant ainsi les dangers de blessure au dos et aux membres supérieurs. De plus, il arrive que du matériel soit rangé dans le coin d'un comptoir ou d'une étagère, il est alors impossible pour le personnel d'avoir un accès direct à l'objet ; les travailleurs doivent effectuer une torsion du dos ou un étirement du bras pour atteindre le matériel. Souvent le matériel placé en hauteur est utilisé très fréquemment, tels les sacs à soluté et les seringues ; ces mouvements sont donc effectués à plusieurs reprises dans une journée et dans une semaine de travail. Ce n'est pas seulement la pesanteur des objets qui entraîne des dangers d'accident ; la posture dans laquelle l'objet est manipulé de même que la fréquence de manipulation sont des facteurs très importants à considérer.

À la lingerie, le même problème se retrouve fréquemment, c'est-à-dire que les tablettes supérieures sont hautes et souvent profondes, diminuant leur accessibilité et obligeant le personnel à travailler à

bout de bras. Si la lingerie demeure sur le chariot à linge entreposé dans le corridor ou dans un local prévu à cette fin, nous remarquons souvent la présence de matériel sur le dessus du chariot à plus de 1,70 m (67 po) de hauteur ; le personnel place régulièrement un pied sur la tablette du chariot afin d'atteindre le matériel placé sur le dessus du chariot ; il y a risque de chute mais aussi de blessure au dos et aux membres supérieurs.

Il est important de respecter certaines règles d'hygiène dans ce type de locaux ; à titre d'exemple nous pouvons citer la présence d'un vestiaire dans l'utilité souillée de même que celle de rouleaux à cheveux dans une cuisinette. Cela ne cause pas d'accident, mais il y a sans doute moyen de mieux utiliser les locaux de rangement. Il est aussi important de s'assurer que les prises de courant situées près des lavabos dans ces locaux soient du même type que celles installées dans les salles de bain et les salles de toilette et non des prises de courant standard car cela peut amener des dangers d'électrocution.

L'espace dans ces locaux est parfois restreint pour la quantité de matériel à y entreposer ; cela provoque de l'encombrement dans les locaux, mais aussi le rangement du matériel en surplus, dans les corridors ou ailleurs. De plus, lorsque des chariots y sont rangés (chariots à médicaments, chariots à lingerie, chariots à pansements), il peut être difficile d'y déplacer ces équipements sans adopter des postures de torsion.

Le MSSS, dans son répertoire des normes et procédures[2, 3], a prévu des espaces minimaux pour la superficie nette de ces locaux lors de la construction de nouveaux centres hospitaliers de courte durée et de nouveaux centres d'accueil d'hébergement et de centres de soins de longue durée.

NORMES DE SUPERFICIE MINIMALES / M²				
	UNITÉ DE MÉDECINE, GYNÉCO., OBST., ORTHO.	UNITÉ DE SOINS DE LONGUE DURÉE	UNITÉ DE SOINS INTENSIFS, CORONARIENS	CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE
Pharmacie	5,0 m²	7,0 m²		5,0 m² (dépôt de pharmacie)
Utilité propre	9,0 m²	9,0 m²	8,0 m²	10,0 m² (util. propre - lingerie)
Utilité souillée	9,0 m²	11,0 m²	6,0 m²	8,0 m²
Lingerie	5,0 m²	7,0 m²		11,0 m² (lingerie - coiffure)
Cuisinette	10 / 14 m² (2)	14,0 m²	11 m² (mini-cuisinette et repos)	8,0 m²
Dépôt de matériel roulant	6,0 m²	5,0 m²	4,0 m²	
Réserve d'équipement	4,0 m²	12,0 m²	2,4 m²	8,0 m² (dépôt d'équip.)
Entretien ménager	4,0 m²	5,0 m²	4,0 m²	5,0 m²

L'utilité propre est une pièce qui reçoit le linge et les articles propres ainsi que les pièces et les produits stériles (sérums, seringues, bassines, etc.) ; sa dimension doit permettre d'y travailler à l'aise et de pouvoir y déposer un chariot à pansements. L'emplacement du chariot doit être déterminé dans le but d'éviter son pivotement à l'intérieur du local ; de préférence, le personnel devrait accéder directement à l'espace réservé au chariot.

En ce qui concerne les hauteurs et les profondeurs des tablettes et des étagères de rangement, certaines règles doivent être considérées :

- le travailleur doit repérer visuellement ce qu'il y a sur la tablette ;
- il doit pouvoir atteindre le matériel sans hyperextension du dos et sans élévation des membres supérieurs au-dessus des épaules, tout en conservant les pieds en appui au sol ;
- la prise sur l'objet doit se situer à l'intérieur de la portée de bras.

Les hauteurs des tablettes doivent donc se situer entre les genoux et les épaules. Le matériel plus lourd ou utilisé plus fréquemment doit se situer principalement entre la taille et les épaules (86 cm à 1,29 m - 34 à 51 po). Les objets utilisés plus rarement peuvent se situer sur des tablettes placées sous le niveau des genoux ou au-dessus des épaules, mais le poids doit être léger. Pour accéder exceptionnellement à cette tablette supérieure, un escabeau sécuritaire doit être disponible dans chaque local afin d'éviter l'élévation des bras au-dessus des épaules. De plus, l'espace devant ces étagères doit être de 76 à 91 cm (30 à 39 po) afin que le personnel puisse fléchir les genoux et s'accroupir devant les étagères pour atteindre le matériel.

Selon les tailles moyennes de la population canadienne d'hommes et de femmes, la hauteur maximale d'une tablette ne doit pas dépasser la hauteur des épaules soit :

- 1,29 m (51 po) pour les femmes ;
- 1,42 m (56 po) pour les hommes.

Comme les espaces de rangement sont souvent restreints, il arrive fréquemment que des tablettes soient plus hautes que 1,29 m (51 po), mais les règles énoncées précédemment doivent être respectées (objet léger et utilisé rarement, escabeau sécuritaire disponible, pas de travail au-dessus des épaules lorsque debout sur l'escabeau).

Les hauteurs des plans de travail, compte tenu de la variabilité de taille chez le personnel, ne peuvent être idéales pour tout le monde ; les personnes de petite taille et de grande taille peuvent se sentir parfois inconfortables. En fonction de la taille moyenne de la population canadienne, Diffrient[9] propose une hauteur moyenne des plans de travail de :

- 85 cm (33,5 po) pour les femmes ;
- 94,5 cm (37,2 po) pour les hommes.

La population de soignants est majoritairement féminine, mais il est quand même possible d'opter pour une moyenne de 91,5 cm (36 po), soit la hauteur de comptoir que l'on retrouve dans nos cuisines domestiques ; afin d'éviter les égratignures et les contusions, les

coins du comptoir doivent être arrondis. Ces hauteurs d'étagères et de comptoirs sont applicables aussi bien à la pharmacie que dans les utilités propre et souillée ainsi qu'à la lingerie.

Il est aussi important que le travailleur puisse avoir un accès direct face à l'objet ou au matériel à récupérer afin d'éviter les positions de torsion ; le rangement du matériel dans les coins est donc à éviter.

Le dépôt de matériel roulant et d'équipement est prévu pour entreposer les civières, les chaises roulantes, les marchettes, etc. ; un espace doit y être réservé pour les appareils à succion, les lève-personne, les bonbonnes à oxygène, etc. et ces dernières doivent être fixées au mur afin d'éviter leur chute.

En ce qui concerne ces lieux de rangement, il est nécessaire de conserver en tout temps un espace de circulation suffisant pour le passage du matériel et des personnes. L'emplacement de chacun des équipements devrait être précisé et identifié afin d'utiliser le plus efficacement les espaces disponibles ; cela évite les pertes de temps associées à la recherche du matériel. Cela est aussi fonctionnel pour le rangement des couches, des toiles de lève-personne que de la lingerie ; les couches et les toiles doivent être identifiées selon le modèle et la grandeur. Ainsi, quel que soit le quart de travail ou les personnes en place, il est plus facile de repérer rapidement les équipements et le matériel requis.

Le matériel réservé au personnel de l'entretien ménager doit être rangé dans le local prévu à cette fin et équipé d'un lavabo de sol. Il est important que le matériel et les équipements ne soient pas rangés dans les corridors, les salles de bain et les chambres ; ces locaux sont très souvent restreints, l'espace doit y être préservé pour la circulation du personnel et des équipements et pour l'exécution des tâches auprès des bénéficiaires.

Pour ce qui concerne plus spécifiquement la lingerie, l'entreposage du matériel sur le chariot peut être privilégié ; cependant, il faut s'assurer que l'espace est suffisant pour manipuler le chariot sans difficulté et que la largeur de la porte permette un accès facile à l'intérieur du local, donc une porte d'au moins 1,12 m (44 po). Le dépôt de matériel sur le dessus du chariot doit être évité

puisque cela nécessite de s'étirer pour atteindre ce matériel ; une bonne évaluation des besoins en literie de même qu'une utilisation adéquate du local de lingerie doivent permettre d'éliminer tout rangement sur le dessus du chariot.

Corridors

Les principales contraintes concernant les corridors sont leur encombrement et leur largeur étroite ; de plus, il arrive que les rampes dans les corridors soient seulement sur un côté ou totalement absentes.

L'encombrement dans les corridors est dû principalement à la présence de nombreux équipements tels les chariots de lingerie, les civières, les fauteuils roulants et gériatriques, le chariot d'entretien ménager et du service alimentaire, etc. L'absence de local de rangement pour le matériel roulant ou l'espace restreint dans ce local pour la quantité de matériel à y entreposer sont des raisons qui peuvent expliquer le rangement dans les corridors. De plus, l'espace restreint dans certaines chambres d'unité de médecine ou de soins prolongés oblige le personnel à asseoir les personnes en perte d'autonomie dans les corridors puisqu'il est impossible de loger les fauteuils gériatriques dans les chambres. Plusieurs unités de soins n'ont pas de local réservé pour l'entreposage de la lingerie, le chariot demeure alors en permanence dans les corridors.

Très souvent, les chariots et le matériel sont placés de chaque côté du corridor obligeant le personnel à louvoyer entre les équipements. Cette situation d'encombrement amène des difficultés de circulation avec les équipements et les patients, des dangers de chute et de se frapper sur ces équipements.

Les centres d'hébergement et de soins de longue durée sont parfois localisés dans des édifices dont la vocation première n'était pas l'hébergement de bénéficiaires. Nous constatons donc la présence de corridors étroits où il est difficile de circuler de front avec deux équipements roulants ; cela augmente les risques de collision. Si, en plus, des équipements y sont rangés, un corridor libre de circulation peut être difficile à conserver. Cela peut entraîner des problèmes majeurs lors de situations d'urgence ou si l'unité devait être évacuée rapidement ainsi que dans le travail quotidien pour la circulation du personnel et des patients.

Les rampes ou mains courantes dans les corridors sont parfois présentes d'un seul côté du corridor. Ainsi certains patients, à cause de leur handicap et de la présence d'équipement dans le corridor, ne peuvent utiliser la main courante. Cela augmente les risques de chute chez le bénéficiaire qui ne peut s'y appuyer ; le personnel doit alors aider le patient à se relever, augmentant les risques de blessures au dos.

Afin de préserver l'espace libre dans les corridors, il faut y éliminer le plus possible le rangement de matériel. Afin de toujours conserver un corridor de circulation, il faut, en tout temps, conserver un côté du corridor complètement libre de tout équipement ; le personnel de l'unité et des autres services (entretien ménager, service alimentaire, etc.) doit en être avisé et respecter la consigne. De plus, on devrait s'assurer que l'espace dans le corridor demeure libre près et devant les ascenseurs afin de faciliter la sortie des civières, chariots, etc.

En ce qui concerne la largeur des corridors, le MSSS, dans son répertoire des normes et procédures[2, 3] pour la construction de nouveaux établissements, précise que « les corridors servant au déménagement de lits et de civières et tous les corridors que doivent emprunter les bénéficiaires auront 2,40 m (96 po) de largeur ; il faut prévoir un dégagement adéquat devant les ascenseurs et le monte-charge. Des mains courantes, fixées à une hauteur de 85 à 90 cm (33,5 à 35,5 po) du sol et éloignées du mur de 4,5 cm (1,75 po), doivent être installées des deux côtés des corridors afin d'éviter les chutes et d'encourager les patients à circuler le plus possible ».

Le MSSS, dans le programme fonctionnel et technique type pour les CHSLD[3], apporte certaines précisions : « pour les rénovations de CAH et de CHSLD existants : les corridors des chambres auront au moins 1,80 m de largeur pour les bâtiments conçus ou construits avant 1978, moyennant certaines mesures compensatoires à faire valoir auprès des autorités de la Régie du bâtiment ».

Panero[6] précise que la largeur minimale nécessaire pour la circulation de deux fauteuils (côte à côte) dans un corridor est de 1,53 m (60 po). Par contre, Goldsmith[4] mentionne que pour permettre le passage d'un fauteuil roulant et d'une civière (côte à

côte), l'espace minimum doit être de 2 m (78 po). Selon Diffrient[9], lorsque deux personnes en fauteuil roulant se rencontrent dans un corridor muni de mains courantes, la largeur minimale doit être de 1,63 m (64 po).

Les mesures sont variables selon les auteurs, mais comme de façon générale des chariots (lingerie, alimentaire, entretien sanitaire) sont présents à différents moments dans les corridors, une largeur de corridor de 2,4 m (96 po) est loin d'être excessive dans maintes circonstances.

Poste de garde

L'aménagement du poste de garde varie beaucoup d'un établissement à l'autre, selon la vocation et la capacité de l'unité de soins. Dans cette section, nous allons parler plus spécifiquement du mobilier et de l'aménagement des lieux.

Le poste de garde est un lieu physique où de multiples tâches sont exécutées : le rapport d'un quart de travail à l'autre, la rédaction et la consultation des dossiers, l'accueil de visiteurs, etc. De plus , sur certaines unités, la préparation des médicaments se fait dans le poste ; toutes les communications avec les autres services concernant les soins aux patients se font dans ce lieu.

Il arrive souvent que l'espace soit restreint pour la quantité de personnes présentes dans le poste à un même moment ; cela augmente les risques de collision et les risques de se frapper. De plus, certaines unités ne possèdent que de petits tabourets au poste, d'autres ont des chaises sur roulettes à quatre pattes (moins stables) ou ne sont pas sur roulettes. Il y a alors des dangers de chute et de douleur à la région dorsale et cervicale si le travailleur ne peut s'adosser.

Si le personnel possède des chaises ajustables, celles-ci ne sont pas toujours ajustées à la bonne hauteur ; si la hauteur est trop élevée, les travailleuses n'ont pas les pieds bien appuyés au sol, la pression sous les cuisses est augmentée et cela perturbe la circulation dans les membres inférieurs et peut entraîner l’apparition de varices. Le personnel qui n'a pas reçu de formation sur l'ajustement des chaises a de fortes chances de ne pas bénéficier des avantages d'un bon ajustement.

Si l'espace libre sous la table de travail ne permet pas à la travailleuse d'y placer les jambes, elle est obligée de s'éloigner du plan de travail ou de se placer en torsion afin de se rapprocher de la table, cela peut lui causer des douleurs au dos et au cou ainsi que de l'inconfort.

La conception du poste doit permettre de conserver un corridor de circulation libre derrière les travailleuses assises ; il arrive parfois qu'elles soient assises dans cette aire de circulation. Cela occasionne des dérangements fréquents et des risques d'être frappé ou de frapper des personnes lorsque les chaises sont reculées ou déplacées.

Lorsque les plans de travail sont trop profonds, le personnel doit s'étirer à bout de bras ou se pencher vers l'avant pour atteindre les dossiers, les formulaires ou les rapports nécessaires à l'exécution des tâches. Cela peut entraîner des douleurs, des étirements et créer des inconforts.

De plus, tout comme dans les utilités, les étagères sont souvent situées au-dessus de la tête, obligeant parfois le personnel à être sur le bout des pieds et à s'étirer pour récupérer le matériel ; un petit banc peut être disponible mais il est souvent instable et peu sécuritaire.

Un nombre grandissant d'établissements informatisent les dossiers des patients ; des écrans de visualisation sont alors installés au poste de garde et parfois dans les chambres de patients. Les règles de sécurité ne sont pas toujours considérées dans l'aménagement de ces postes informatiques ; nous pouvons alors constater différents problèmes tels :

- la présence de reflets importants sur l'écran obligeant le personnel à adopter des postures inconfortables pour visualiser les informations ;
- des lésions musculo-squelettiques chez le personnel causées par un écran, un clavier, une chaise ou une table mal ajustés ou non ajustables et qui entraînent des mauvaises postures de travail ;
- de la fatigue visuelle due à un éclairage déficient ou à un contraste insuffisant sur l'écran ;

- des problèmes circulatoires dans les membres inférieurs dus à des chaises trop hautes et au travail statique ;
- etc.

Lorsque l'introduction de l'informatique sur les unités n'est pas bien planifiée, cela peut créer de l'inquiétude et un stress important chez le personnel soignant et les autres intervenants. Une proportion, parfois importante, du personnel n'est pas familière avec cette technologie et une préparation et une implication de tous sont nécessaires avant de procéder à cette informatisation des dossiers.

Avant de déterminer l'emplacement des postes à écran de visualisation dans les chambres ou au poste de garde, il est important de tenir compte de l'espace disponible dans les chambres. Actuellement, un grand nombre d'établissements présentent des espaces restreints dans les chambres qui empêchent l'utilisation de principes de sécurité dans la dispensation des soins aux bénéficiaires. L'ajout d'un poste informatique dans chacune des chambres risque de contribuer à un encombrement encore plus important ; il est donc essentiel de considérer l'élément espace lors de l'introduction de l'informatique sur l'unité.

Le poste des infirmières doit être conçu en tenant compte des éléments suivants :

- les dimensions de l'unité et le nombre d'intervenants (personnel infirmier, médecins, diététistes, physiothérapeutes, etc.) qui peuvent être au poste en même temps ;
- l'emplacement doit permettre une visibilité maximale de l'unité.

Il est souhaitable que le personnel puisse voir, du poste, le plus grand nombre de chambres de patients et cela afin d'assurer la sécurité de ces derniers ainsi qu'un contrôle des déplacements sur l'unité (visiteurs, etc.).

Le MSSS, dans son répertoire des normes et procédures[2], précise que la superficie du poste des infirmières doit être de 18 m^2 pour une unité de 40 à 45 bénéficiaires de médecine, de gynécologie, d'obstétrique, d'orthopédie ou de soins prolongés ; ces

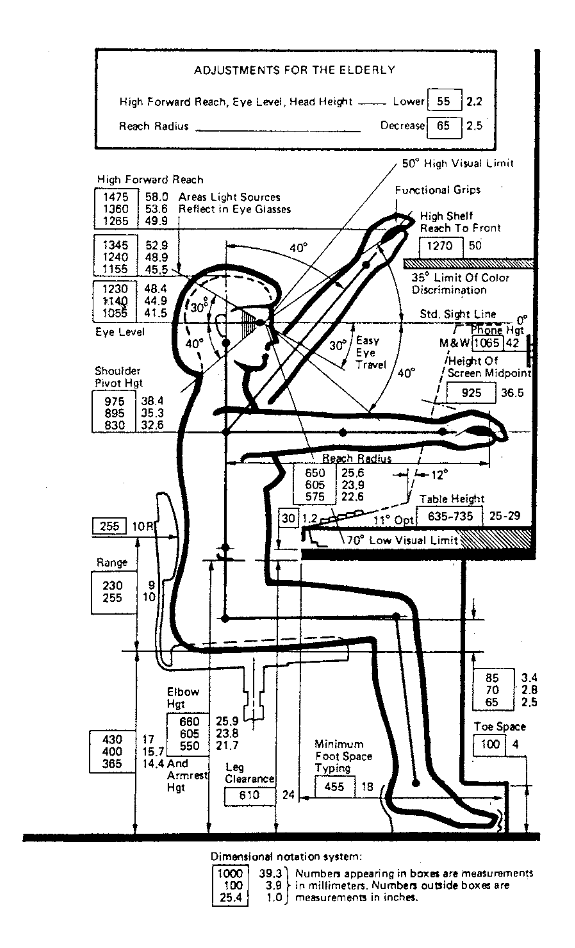
normes concernent la construction de nouveaux centres hospitaliers de courte durée.

En ce qui concerne les centres d'hébergement et de soins de longue durée, le répertoire des normes et procédures[3] précise que : « le poste doit être de conception suffisamment aérée et d'une grandeur permettant l'accès facile aux dossiers du bénéficiaire, pour les annotations aux dossiers, pour la circulation interne aisée entre employés. Il doit être localisé pour permettre une vue d'ensemble de l'unité (surveillance) et une visibilité sur les ascenseurs ». Pour une unité de 32 lits, la superficie recommandée est de 15 m^2 tant pour la construction des nouveaux établissements que pour la rénovation des anciens. On ajoute aussi : « qu'un local doit être annexé au poste pour permettre la discussion ou le suivi du plan d'intervention au changement d'horaire ». Dans ce local, un petit coin à pharmacie contiendra une armoire, dont une section fermée à clé, un évier et un réfrigérateur à médicaments.

Donc la disposition et l'aménagement du poste doivent être planifiés en tenant compte de la quantité de personnel et des différentes tâches exécutées dans ces lieux. Des espaces de circulation devraient être conservés en tout temps afin que le personnel puisse librement et rapidement se déplacer sans déranger qui que ce soit.

Les personnes qui, par leur fonction d'assistante ou de chef d'équipe, font le relevé des dossiers et complètent les cardex (fichiers rotatifs), doivent être localisées dans un endroit où elles n'entravent pas la circulation des personnes et où elles ont accès facilement aux dossiers des patients sans avoir à s'étirer ou à travailler à bout de bras.

Diffrient, dans « Human Scale »[9], précise certaines mesures concernant la table de travail ou le poste où sont assises les infirmières. La profondeur de la table, pour une femme de taille moyenne, ne doit pas dépasser 47,5 cm (19 po) ; au fond de cette table de travail, il peut y avoir des casiers recevant les dossiers et les différents formulaires, mais la prise sur ces objets ne doit pas être à plus de 47,5 cm (19 po) de la travailleuse. La hauteur de la tablette supérieure que la travailleuse peut atteindre est de 55 cm (22 po) et cela à 30 cm (12 po) du rebord de la table.



Zones d'atteinte en position assise

Source : RAMSEY/SLEEPER. Tiré de *Architectural Graphic Standards*, Eighth Edition, The American Institute of Architects, 1988, p.5.

Une formation appropriée doit être fournie au personnel concernant l'ajustement des chaises.

Plusieurs établissements n'ont pas de local spécifique pour la pharmacie sur l'unité ; une armoire réservée pour les médicaments et les narcotiques est alors située dans le poste. Il est important de s'assurer que l'espace où est localisée cette armoire est suffisamment grand afin que plus d'un travailleur à la fois puisse y préparer ses médicaments. Lorsque des médicaments sont placés dans un petit réfrigérateur, celui-ci devrait être rehaussé du sol, afin d'éviter que le personnel se penche ou s'accroupisse pour récupérer les médicaments ; il devrait se situer à une hauteur de 46 à 50 cm (18 à 20 po).

Les hauteurs des étagères au poste ne devraient pas impliquer que le personnel infirmier travaille à bout de bras ou soit sur le bout des pieds ; tout objet lourd ne devrait pas se situer au-dessus des épaules. Si la hauteur de la tablette supérieure oblige le personnel à travailler au-dessus des épaules, un escabeau sécuritaire et stable doit être disponible dans le local.

Les objets plus lourds et ceux utilisés fréquemment devraient être placés sur les étagères au niveau de la taille (environ 86 cm) (34 po) et entre la taille et les épaules (86 cm et 1,29 m) (34 et 51 po). Les objets légers et utilisés peu fréquemment peuvent être placés sur la tablette supérieure ; le personnel doit utiliser l'escabeau pour récupérer le matériel.

La hauteur libre minimale sous les comptoirs ou les tables de rédaction de dossiers, doit être de 65 cm (25,5 po), afin que le personnel puisse y glisser les jambes lorsqu'il est assis au poste ; aucune barre de support ne doit nuire à cet accès des membres inférieurs sous le comptoir. La hauteur de la table de travail doit se situer à 74 cm (29 po) selon Scherrer[10] et 71 cm (28 po) selon Diffrient[9] ; la plupart des tables de travail disponibles au Québec sont à une hauteur de 74 cm (29 po).

En ce qui concerne les sièges de travail, les petits bancs à hauteur fixe, sans dossier devraient être éliminés. Des chaises ajustables en hauteur et munies de dossier devraient être disponibles ; les caractéristiques de ces chaises sont précisées dans les pages suivantes.

Lors de l'informatisation des dossiers, certaines règles doivent être considérées pour déterminer l'emplacement des postes informatiques. Ceux-ci doivent être placés perpendiculairement à une fenêtre, dans une zone où le travailleur n'a pas le soleil dans les yeux ou sur son écran, ni le reflet de la fenêtre sur celui-ci. De plus, les fenêtres doivent être équipées de toiles ou de rideaux pour éliminer les reflets, au besoin.

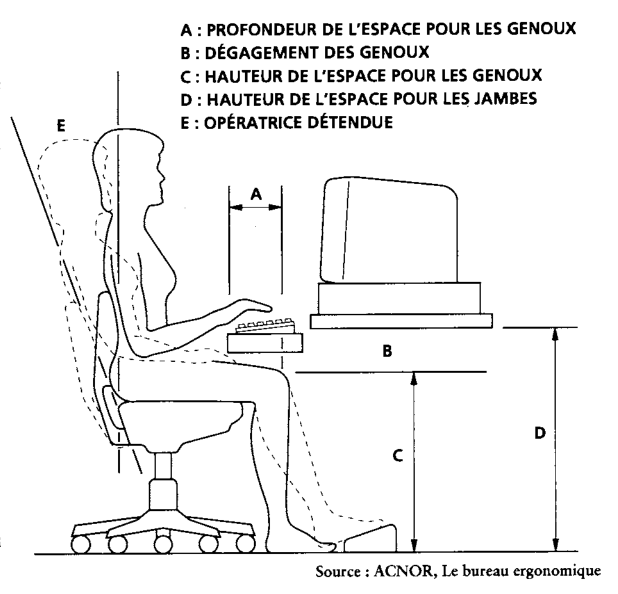
L'écran ne devrait pas être placé dos (reflets) ou face à une fenêtre (éblouissement). On doit s'assurer que les sources de lumière (provenant du plafond) ne se réfléchissent pas sur l'écran.

Les surfaces de travail et les murs doivent être d'un fini mat, non brillant.

La meilleure posture pour un travail à l’écran est celle où le travailleur a :

- les pieds à plat au sol ou sur un repose-pied ;
- les cuisses à l'horizontale ;
- le dos bien appuyé en étant assis au fond du siège ;
- les épaules relâchées et les bras à la verticale, placés près du corps ;
- les avant-bras à l'horizontale ;
- les mains dans le prolongement des avant-bras ;
- le cou droit ou légèrement incliné vers l'avant (- de 20º).

1 Cou : droit ou incliné vers l’avant de moins de 20 °
2 Épaules : en position naturelle
3 Bras vertical, près du corps
4 Mains dans le prolongement de l’avant-bras
5 Avant-bras à l’horizontale ou légèrement inclinés
6 Dos appuyé au dossier
7 Assis au fond du siège afin que le poids soit bien réparti sur toute la surface – angle dos - cuisses 90 ° à 110 ° vers l’arrière
8 Cuisses à l’horizontale
9 Dégager le dessous des genoux (environ 5 cm du rebord du siège)
10 Pieds bien plats sur le sol ou déposés sur un repose-pied



Poste idéal et utilisateur bien installé

Source : ASSTSAS. Tiré de *« Un siège ergonomique, oui! Mais qu’en est-il du plan de travail? »*, Objectif prévention, hiver 1993, p. 28.

Les équipements qui facilitent l'adoption de cette posture sont :

- une chaise ajustable en hauteur et dont l'assise et le dossier sont inclinables ;
- une table, dont la partie qui reçoit le clavier est ajustable ;
- un écran ajustable.

La chaise

Le siège doit avoir une base sur roulettes, munie de cinq pattes afin d'assurer une meilleure stabilité. Le siège pivotant doit s'ajuster en hauteur de 38 à 50 cm (15 à 19,5 po), au moins. Certains auteurs suggèrent jusqu'à 55 cm (21,5 po)[11]. Mais si nous examinons les données anthropométriques, une hauteur de 40 à 50 cm (15,75 à 19,5 po) conviendrait à 95 % d'une population d'hommes et de femmes nord-américains.

La forme du siège doit être arrondie vers l'avant afin d'éviter les problèmes circulatoires dans les membres inférieurs.

La profondeur du siège doit être de 38 à 42 cm (15 à 16,5 po), laissant ainsi un espace entre le rebord du siège et le creux poplité (derrière le genou) permettant d'éviter les compressions.

La largeur du siège doit être d'environ 45 cm (17,75 po) afin d'accommoder un plus grand nombre d'utilisateurs et de permettre une certaine liberté de mouvement.

L'inclinaison du siège peut être réglable de 5º vers l'avant ou vers l'arrière ; lorsqu'elle est fixe, elle doit être de 2º à 5º.

Le siège doit être recouvert de tissu favorisant une meilleure évaporation de la chaleur. Pour un poste devant écran de visualisation, il est préférable de ne pas avoir d'appuie-bras sinon des appuie-bras courts.

Les mécanismes d'ajustement doivent être simples et faciles à ajuster en position assise sur la chaise ; la chaise doit être ajustée de façon à ce que le travailleur ait les deux pieds à plat au sol et les cuisses en appui à l'horizontale.

L'inclinaison du dossier doit permettre un réglage maximal de 20º vers l'arrière et de 3º à 5º vers l'avant. Lorsque l'inclinaison du dossier est fixe, elle doit se situer entre 5º et 10º.

La forme du dossier est celle d'une courbe convexe qui procure un soutien à la région lombaire. L'ajustement en hauteur du dossier permet de placer l'appui lombaire au niveau de la courbure lombaire, dont la hauteur varie d'une personne à l'autre.

La table

La table doit idéalement être en deux sections ; l'une qui reçoit le clavier, l'autre les outils de travail. La table est ajustée pour que le travailleur ait les épaules relâchées, les bras à la verticale, l'avant-bras à l'horizontale et la main dans le prolongement de l'avant-bras ; le clavier doit être mince et la table munie d'un appuie-poignets.

La hauteur optimale des plans de travail varie d'une personne à l'autre ; il est donc avantageux que les tables soient à hauteur variable, au moins celle qui reçoit le clavier. Cet ajustement doit permettre idéalement une hauteur de 63 à 76 cm (24,75 à 30 po), ou au moins de 63 à 72 cm (24,75 à 28,25 po).

Si la table n'est pas ajustable, le travailleur doit ajuster la hauteur de sa chaise pour adopter la posture décrite précédemment ; un repose-pied est nécessaire si les deux pieds ne sont plus en appui au sol.

Une table à hauteur fixe doit se situer entre 71 et 76 cm (28 à 30 po)[12]. Selon les auteurs[13, 14, 15], compte tenu de la population féminine du secteur de la santé et des services sociaux, elle devrait être plutôt de 71 à 72 cm (28 à 28,25 po).

L'écran

La position confortable du regard se retrouve lorsque les yeux sont légèrement dirigés vers le bas, formant un angle de 15º à 20º avec l'horizontale[13]. Le haut de l'écran doit correspondre à la hauteur des yeux de l'utilisateur.

L'écran doit être ajusté à une distance variant de 40 à 70 cm (15,75 à 27,5 po) des yeux, selon les dimensions des caractères et l'âge de l'usager[13, 16]. Il est recommandé d'installer l'écran et les

documents de travail (sur porte-copie) à une même distance des yeux. Des écrans à fond pâle sont préférables parce qu'ils nécessitent moins d'ajustement de la part de l'œil, la plupart des documents consultés ayant aussi un fond pâle.

Un support à écran permet d'ajuster la position selon les besoins de l'usager ; puisque plusieurs personnes auront à utiliser un même écran sur l'unité, il est avantageux d'avoir ce type d'équipement. Cependant, il faut s'assurer de sa stabilité et de la facilité d'ajustement.

Planchers

Le plancher lorsqu'il est glissant peut entraîner des chutes tant chez le personnel que chez les bénéficiaires. Plusieurs raisons peuvent rendre un plancher glissant ; ce peut être la présence de liquide (eau, urine, sang, etc.), de nourriture, de poudre sur le plancher, mais cela peut aussi provenir de la surface de plancher elle-même.

Certains lieux présentent plus de risques de chute et de glissade : les salles de bain et de toilette, de même que les corridors lors du lavage de plancher. Dans les salles de bain et de toilette, les drains sont parfois absents ; lorsqu'ils sont présents, ils peuvent être mal situés et de plus, la pente du plancher est quelquefois insuffisante pour permettre l'écoulement de l'eau. De plus, certaines chambres présentent plus de risques parce que le patient utilise de la poudre et qu'on en retrouve sur le plancher ou parce que le bénéficiaire a tendance à échapper des aliments au sol lors des repas.

La présence de dénivellations et de seuils de porte peut aussi entraîner des chutes, de même que tout bris ou décollement du revêtement de plancher. Les chutes peuvent causer des maux de dos, mais aussi des fractures du poignet, de la hanche, de la cheville ou des entorses ; ces dangers sont présents autant pour les travailleurs que pour les patients et les visiteurs.

Pour choisir un revêtement de sol sécuritaire, il faut tenir compte des critères suivants :

- le degré d'antidérapance : d'un point de vue normatif, un cœfficient de friction statique de 0,5 est jugé satisfaisant. Un bon nombre de chercheurs accréditent cette thèse et endossent ce point de repère minimal ;
- la durabilité ;
- la facilité d'entretien ;
- le coût ;
- l'esthétisme ;
- la résistance à l'usure et aux produits chimiques ;
- la dureté.

L'exigence, en relation avec les propriétés antidérapantes, ne sera pas nécessairement la même dans les différents locaux. Il existe sur le marché différents types de revêtement de sol antidérapant. Avant de faire un choix définitif, il est important de s'informer à d'autres établissements de leur satisfaction par rapport à ces revêtements.

Il est aussi nécessaire d'éliminer toutes les dénivellations, inégalités ou bris dans le plancher, de même que les seuils de porte. Le MSSS, dans son répertoire des normes et procédures[2, 3], précise que les seuils de porte ne sont pas tolérés. De plus, il est mentionné que « le tapis n'est accepté que dans le bloc administratif, à cause des difficultés qu'il présente pour les personnes qui circulent à l'aide de marchette, de chaise roulante ou de canne » ; « le plancher de la cuisine, de même que celui des toilettes et des salles de bain, exige un revêtement durable, antidérapant assurant le respect des plus strictes conditions d'hygiène et de sécurité ».

Dans les corridors, il est important de laver une moitié du plancher à la fois ; des panneaux indicateurs, de même que des balises, doivent aviser les personnes que la surface de plancher est mouillée et qu'il est interdit d'y circuler.

Dans les salles de bain et de douche, le revêtement doit être antidérapant ; si à court terme, le plancher ne peut être changé, un revêtement antidérapant (type « safe stride », « tight grip ») peut être mis sur le plancher actuel, améliorant les propriétés antidérapantes. Cependant, ce procédé doit être répété environ aux deux ans.

Certains établissements ajoutent des bandelettes antidérapantes autocollantes sur le plancher, mais elles se décollent constamment devenant ainsi peu efficaces. De plus, ceci cause des problèmes d'hygiène et de nettoyage.

Dans les salles de bain et de toilette, des drains doivent être installés ; ceux-ci doivent être à égalité avec le plancher et la pente menant vers le drain doit être suffisante pour faciliter l'évacuation de l'eau.

Tout liquide, nourriture ou poudre répandu sur le plancher doit être nettoyé rapidement ; les chambres où le problème semble plus important doivent être identifiées et le personnel doit en être informé.

L'ASSTSAS a publié une brochure intitulée « les chutes et glissades : un plan d'action pour les éliminer[17] » ; la consultation de cette brochure peut guider les établissements dans le choix d'un revêtement de sol approprié.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *La main-d'oeuvre en soins infirmiers, annexe II, Facteurs d'influence sur la structure occupationnelle en soins infirmiers*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1987.

[2] GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Répertoires des normes et procédures*, ministère de la Santé et des Services sociaux, vol. 04.05.01 et vol. 05.01, janvier 1995.

[3] GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Programme fonctionnel et technique type CHSLD centre d'hébergement et de soins de longue durée*, ministère de la Santé et des Services sociaux, vol. 05.02, janvier 1995.

[4] GOLDSMITH, Selwyn. *Designing for the disabled*, Third Edition, London, England, 1976.

[5] LE BORGNE, Dominique. *Maux de dos associés aux activités de déplacement de bénéficiaires dans un centre hospitalier à vocation gériatrique*, IRSST, sept. 1991.

[6] PANERO, J. et BELNIK. *Human Dimension and interior space, chap. 3, Elderly and Disabled People*, 1979, New-York.

[7] JULIEN, Renée et Louise MORISSETTE. *La chambre ergonomique : l'aménagement d'une chambre confortable et sécuritaire*, Objectif prévention, numéro spécial septembre 1992.

[8] MORISSETTE, Louise. *Des outils pour éviter l'encombrement*, Objectif prévention, vol. 15, nº 1, printemps 1992.

[9] DIFFRIENT, N. *et al*. *Humanscale*, vol. 1 à 9, MIT Press, 1981.

[10] SCHERRER, J. et coll. *Précis de physiologie du travail ; notions d'ergonomie*, Masson, 2e édition révisée, 1992, 585 p.

[11] CAIL, François et coll. *Le travail sur écran en 50 questions*, INRS, Paris, 1991, 30 p.

[12] INFO PRO BELL. *Principes ergonomiques pour terminaux à écran de visualisation*, 1986, 15 sections.

[13] DESNOYERS, I. et D. LE BORGNE. *Vision et travail, les tâches visuelles*, IRAT, 1982, 88 p.

[14] BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL. *Santé et sécurité dans le travail sur écran de visualisation*, Genève, 1re édition, 1990, 54 p.

[15] ASSTSAS. *Initiation à l’ergonomie, notes de cours*, 1992.

[16] APSSAP. *Le travail à l’écran : un guide pour adapter votre poste*, 1993, 59 p.

[17] ASSTSAS. *Les chutes et glissades : un plan d’action pour les éliminer*, 1993, 28 p.

Les équipements

Le personnel soignant, dans le cadre de ses fonctions auprès des patients, est amené à utiliser et à manipuler différents équipements et outils de travail ; il peut s'agir du mobilier (lit, fauteuil, bureau, chaise, cabinet de chevet, petit banc, etc.), des équipements facilitant la marche ou les transferts (marchette, lève-personne, civière, planche de transfert, rouleau de transfert, etc.), mais aussi de la literie (drap, alèse, etc.).

La conception de ces équipements, leurs caractéristiques, leur état et leur disponibilité influencent l'exécution sécuritaire des tâches. Nous allons donc, dans une première partie, aborder les problèmes communs rencontrés sur les unités de soins en ce qui concerne les équipements et, dans une seconde partie, nous allons identifier les problèmes reliés à chacun des principaux équipements utilisés et nous présenterons les éléments de prévention relatifs à ces mêmes équipements.

Généralités

De façon générale, nous avons pu constater que les équipements sont en mauvais état, sales, vétustes et que souvent, ils ne répondent plus aux besoins actuels de la clientèle et des unités de soins ; de plus, certains sont disponibles mais sont parfois difficilement accessibles.

Les méthodes de travail des soignants sont déterminées, entre autres, par l'environnement de travail, mais aussi par les caractéristiques et l'état des équipements. Si l'équipement est défectueux, le travailleur doit modifier ou adapter sa méthode de travail pour contourner ou compenser le problème ; ceci peut alors entraîner l'utilisation de méthodes peu sécuritaires ou l'élimination d'étapes qui pourraient faciliter l'exécution de la tâche. Nous pouvons citer comme exemple le travailleur qui n'ajuste pas la hauteur du lit pour donner un soin d'hygiène parce que l'effort requis pour tourner les manivelles d'ajustement est plus important que l'avantage relié à une hauteur appropriée ; de plus, le travailleur risque de se blesser aux membres supérieurs à chaque tour de manivelle. Ainsi, c'est le mauvais état de l'équipement qui conditionne l'adoption de postures ou de méthodes non sécuritaires.

Au cours des vingt dernières années, le système de santé au Québec a subi de grandes transformations. Les changements technologiques et les contraintes budgétaires ont entraîné un alourdissement des services à la

clientèle en termes d'intensité dans toutes les catégories d'établissements. En CHCD (centre hospitalier de courte durée), le profil de la clientèle et les approches de soins et de traitements ont été modifiés[1]. Le personnel doit donc prodiguer des soins à des personnes plus gravement atteintes. De plus, une clientèle de soins prolongés ou en attente d'hébergement est maintenant une clientèle régulière en CHCD. Les lève-personne, les fauteuils gériatriques, les chaises d'aisance sont des équipements qui devraient être utilisés régulièrement avec la clientèle en perte d'autonomie des CHCD, sauf que ces équipements sont souvent désuets, non disponibles ou disponibles en quantité insuffisante. Il n'est pas rare que sur une unité de médecine de 60 lits, dont la moitié des bénéficiaires sont des cas de soins de longue durée, qu'un seul lève-personne avec des anciennes toiles hamac et qu'une seule chaise d'aisance ne soient disponibles. Le personnel doit alors soulever manuellement les bénéficiaires pour les transférer au fauteuil ou prendre des risques pour transférer à la toilette un patient qui se déplace difficilement et cela dans un espace très restreint.

La situation est semblable dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée puisque les critères d'admission ont été modifiés en 1975 ; la clientèle autonome, hébergée alors dans ces établissements, a vieilli et leur état de santé s'est détérioré. Ils ont maintenant besoin d'équipements pouvant faciliter les transferts de personnes non autonomes.

La plupart des établissements de plus de dix ans ne possèdent pas de locaux de rangement pour ces équipements ; ils sont donc rangés un peu partout sur l'unité ou dans le fond de certaines garde-robes. La difficulté à retrouver ces équipements de même que le temps nécessaire pour y arriver entraînent souvent leur non-utilisation par le personnel. De plus, si la quantité d'équipements disponibles est insuffisante et qu'il faut attendre pour obtenir l'équipement, il peut arriver que les travailleurs décident de transférer manuellement les bénéficiaires.

Afin de conserver les équipements en bon état, une procédure d'entretien préventif doit être établie et appliquée. Un programme d'inspection et d'entretien de chacun des équipements doit être élaboré ; on doit y prévoir les éléments à inspecter, la fréquence, le calendrier de remplacement des pièces, les outils requis, les intervenants et leur formation, etc. Pour chacun des appareils ou équipements, un registre devrait être tenu à jour incluant la date d'achat, le numéro de série, les dates de chacune des vérifications et réparations effectuées, de même que

l'identification des pièces qui ont été remplacées. Cette activité permettra de conserver les équipements en bon état de fonctionnement, d'en faciliter une utilisation sécuritaire et par le fait même, de diminuer les coûts de réparation ou de remplacement de certaines pièces ou même de l'équipement. Cela contribue aussi à identifier les faiblesses de certains appareils ou les pièces qui doivent être remplacées plus fréquemment ; il devient alors avantageux d'en tenir compte lors de l'achat de nouveau matériel.

En ce qui concerne le nettoyage du mobilier, nous constatons souvent l'existence de « zone grise » ; en effet, il arrive parfois que la responsabilité du nettoyage de certaines pièces du mobilier n'appartienne ni au personnel soignant, ni au personnel de l'entretien ménager. Chaque service pense que c'est la responsabilité de l'autre service, entraînant ainsi un état de malpropreté des équipements. Un équipement sale peut cacher des défectuosités, entraîner une détérioration et un mauvais fonctionnement du matériel. Par exemple, l'accumulation de cheveux et de charpie autour des roues peut augmenter l'effort requis pour déplacer une civière ou un lit. Il est donc nécessaire de déterminer qui a la responsabilité de nettoyer chacun des équipements et à quelle fréquence. Lors de l'entretien préventif, il est plus facile de procéder au nettoyage et à l'entretien des roues plutôt que de le faire de façon régulière sur le département. De plus, il est important de souligner que dans les centres hospitaliers de courte durée, le nettoyage du mobilier de la chambre se fait de façon plus régulière lors du départ de chacun des patients. Cependant, en centres d'hébergement et de soins de longue durée, un patient peut être hébergé dans la même chambre pendant une longue période (plusieurs années). Il est donc primordial d'établir des règles précises concernant le nettoyage des équipements.

Certaines unités possèdent une bonne variété d'équipements, cependant, ceux-ci sont parfois disponibles en quantité insuffisante. Il devient donc nécessaire de bien évaluer les besoins quantitatifs en termes d'équipement sur chaque unité et de les réajuster selon l'évolution de la clientèle. Cette évaluation doit se faire par consultation entre le chef de service et le personnel du département.

Afin d'éviter les pertes de temps et les recherches inutiles, il est nécessaire de déterminer un lieu de rangement bien identifié pour tout matériel et équipement. Le personnel doit en être informé et tous les lieux de rangement doivent être accessibles de façon sécuritaire en tout temps.

Afin d'améliorer le confort et la qualité de vie des bénéficiaires, ceux-ci, même lorsqu'ils ne sont plus autonomes, sont transférés hors de leur lit et bénéficient de soins d'hygiène à la baignoire. Il est donc nécessaire que les équipements et les aménagements de l'unité soient adaptés selon cette clientèle. Une évaluation des besoins doit être effectuée et de nouveaux équipements doivent être achetés afin de diminuer les efforts de déplacement pour le personnel et de permettre l'utilisation des principes de sécurité.

Toutefois, cet achat ne doit pas être improvisé et il nécessite l'adoption d'une démarche qui permet la sélection des équipements les plus appropriés en tenant compte des besoins des utilisateurs, du personnel et des patients ainsi que du contexte de leur utilisation. Nous vous proposons donc de suivre la démarche suivante :

Sélection d'équipement

1. Formation d'un comité

Ce comité doit réunir des personnes possédant les compétences nécessaires à l'établissement de critères de choix judicieux ainsi que des représentants des utilisateurs. Une ressource en santé et en sécurité du travail doit faire partie du comité. Trop souvent, le service de l'entretien ménager n'est pas impliqué dans ces choix, mais il ne faut pas oublier que ce sont ces travailleurs qui, la majorité du temps, procèdent au nettoyage de ces équipements.

2. Analyse des besoins

Il s'agit de faire l'évaluation des besoins, c'est-à-dire de déterminer les tâches à réaliser avec cet équipement en tenant compte que les postures adoptées et les mouvements effectués par le personnel doivent respecter les principes de sécurité. Il faut aussi considérer les caractéristiques, tant physiques que comportementales, des bénéficiaires et leurs besoins d'assistance. L'aménagement des lieux, les espaces disponibles et la compatibilité avec les équipements existants là où sera utilisé l'équipement doivent être pris en considération.

3. Détermination des critères de choix

Les critères de choix doivent être établis en tenant compte des éléments suivants :

- confort et sécurité pour le patient ;
- sécurité pour le personnel et facilité d'utilisation ;
- qualité et caractéristiques attendues du produit ;
- prix selon le budget disponible.

4. Présélection

Sélectionner les différents modèles d'équipement disponibles sur le marché qui répondent aux besoins identifiés et qui respectent les critères de choix.

5. Essai

Il s'agit de communiquer avec les compagnies qui possèdent les équipements présélectionnés et de demander le prêt d'un ou de plusieurs équipements pour essai. Il est important de familiariser le personnel avec les nouveaux équipements et leur mode de fonctionnement. La période d'essai doit être suffisamment longue (de deux semaines à un mois) et le groupe d'utilisateurs doit être représentatif pour que l'essai soit significatif. Les participants doivent être informés des objectifs et du déroulement de l'essai ; chacun des critères d'évaluation doit être précisé.

6. Synthèse des essais

À cette étape, l'analyse des résultats des essais selon les critères établis pour évaluer l'équipement doit s'effectuer. Les avantages et les inconvénients de chaque équipement mis à l'essai sont précisés.

7. Sélection de l'équipement

C'est à ce moment qu'est choisi l'équipement qui répond le mieux aux besoins et qui respecte les critères établis précédemment.

8. Formation

L'achat de tout équipement implique une formation adéquate de tout le personnel sur le fonctionnement et l'utilisation sécuritaire de ce nouvel

outil de travail. Cette formation comprendra une démonstration détaillée des diverses fonctions et accessoires de l'équipement suivie d'une période d'exercices pratiques supervisés.

Il peut s'avérer important de procéder aussi à une formation des bénéficiaires lorsque ceux-ci sont concernés ou qu'ils ont eux-mêmes à manipuler l'équipement.

Lits

Le lit est l'équipement que les travailleurs considèrent le plus fréquemment comme défectueux ou inadéquat.

Le lit est un instrument de travail important pour les travailleurs soignants, l'essentiel des activités se déroulant au lit ou autour du lit : injections, installation de sondes, toilette des personnes alitées, positionnement au lit, transfert dans et hors du lit, etc. Les principales contraintes lors de ces tâches sont des contraintes posturales au niveau de la colonne vertébrale : flexion avant ou latérale combinée à des rotations du tronc avec ou sans charge[2]. De plus, une recherche[3] effectuée en 1984 par Mme Monique Lortie, ergonome, portant sur « le travail de préposés aux bénéficiaires dans un hôpital de soins prolongés », a montré que 50 % des accidents du travail sont associés au lit et que 13 % sont associés au matériel utilisé au lit (piqué, drap, bassine). Nous constatons aussi que les blessures au dos chez le personnel préposé à l'entretien ménager léger surviennent lors des désinfections des lits.

Il existe une norme BNQ sur les lits manuels à hauteur variable ; celle-ci a été révisée et intègre maintenant des éléments de santé et de sécurité du travail (BNQ 6641-120)[4].

À court terme, les établissements devraient vérifier et réparer tous les mécanismes ou pièces défectueuses du lit. Les lits vétustes et ceux dont les investissements pour les rendre sécuritaires sont importants devraient être éliminés et remplacés par des lits respectant la norme BNQ 6641-120 (version 1991). Les lits étant des équipements dont la durée de vie est de 15 à 20 ans, l'achat de lits à commandes électriques devrait être privilégié. Nous sommes à l'aube du 21e siècle, à l'ère des ordinateurs et des équipements médicaux sophistiqués, mais les établissements sont encore équipés de lits manuels vétustes, souvent en très mauvais état. Il faut

travailler à préserver la santé et la sécurité physique du personnel soignant et l'achat de lits électriques est un moyen d'y contribuer. À première vue, il peut sembler irréaliste et coûteux d'investir dans l'achat de lits à commandes électriques ; cependant, il faut aussi considérer les sommes importantes dépensées en coûts directs et indirects pour les accidents du travail. De plus, la population des travailleurs soignants est vieillissante, la clientèle est de plus en plus en perte d'autonomie et la charge de travail tend à l'augmentation.

Les lits sont des équipements de base d'un établissement de santé. Ils sont utilisés tous les jours de l'année et ce, 24 heures sur 24, contrairement à d'autres équipements médicaux coûteux et très sophistiqués. L'investissement dans l'achat de lits à commandes électriques permet de diminuer les pertes de temps et les dangers d'accident associés à l'utilisation des manivelles. De plus, il a été démontré que souvent les efforts et les risques reliés à l'utilisation des manivelles sont plus importants que l'avantage lié à l'ajustement du lit. Lors d'une étude dans un établissement de notre secteur[5], nous avons pu constater que les seuls lits qui étaient ajustés en hauteur par les soignants, en fonction de leurs diverses tâches, étaient les lits électriques. De plus, les patients dont les capacités le permettent, peuvent ajuster eux-mêmes l'inclinaison de la tête du lit et du pied du lit, diminuant ainsi la nécessité d'intervention des soignants pour repositionner le patient ; un patient confortable est beaucoup moins exigeant pour le personnel.

Hauteur

Dans certains établissements, nous constatons encore la présence de lits à hauteur fixe ; les lits hauts rendent difficiles l'entrée et la sortie du lit et les lits bas entraînent des postures non sécuritaires de flexion du tronc lors des soins au lit. Souvent, les hauteurs inférieures de lit sont de l'ordre de 60 cm (24 po) et plus, entraînant des difficultés pour les patients de petite taille lors du retour au lit ; le personnel doit alors soulever le patient pour l'asseoir sur le lit ou utiliser le petit banc, ce qui est une source de danger et qui augmente les dangers d'accident.

Lorsque le lit est à hauteur fixe et qu'un patient doit être transféré sur une civière, le personnel est obligé de soulever le bénéficiaire plutôt que de le glisser si la civière n'est pas à hauteur variable ou si les hauteurs ne sont pas compatibles.

Tous les lits devraient être à hauteur variable afin que le personnel soit en mesure d'adopter des postures de travail sécuritaires quel que soit le type de soins ou d'assistance à fournir aux bénéficiaires[6]. Pour les bains au lit, les changements de culotte d'incontinence, le lit doit être rehaussé afin que le personnel puisse travailler sans flexion du tronc. Par contre, pour faciliter les transferts dans et hors du lit, le lit doit être abaissé afin que le patient, en position assise, ait les pieds en appui au sol ; ainsi le personnel n'a pas à soulever le patient pour le replacer dans le lit. Pour les tâches exigeant une plus grande précision (installation de soluté par exemple), les soignants doivent avoir une bonne vision ; le travailleur peut s'asseoir ou rehausser le lit et demeurer en position debout pour exécuter la tâche. La hauteur minimale du lit devrait permettre à un bénéficiaire de s'asseoir et de se relever facilement du lit. La norme BNQ[4] sur les lits prévoit que la hauteur minimale du sommier doit être au plus de 39,5 cm (16 po) ; si vous ajoutez un matelas de 12,5 cm (5 po) ou de 15 cm (6 po), nous avons une hauteur totale de 52 cm (21 po) ou de 54,5 cm (22 po), hauteur qui permet à tout patient autonome de s'y asseoir sans l'utilisation du banc ou d'assistance du personnel.

La hauteur supérieure du sommier doit être d'au moins 73,5 cm (29 po), ce qui donne une hauteur totale de 86 cm (34 po) ou de 88,5 cm (35 po). Ces hauteurs permettent au soignant de conserver une posture sans flexion lors de soins au lit, diminuent les forces de compression au niveau du dos[7] et sont compatibles avec la majorité des hauteurs de civières permettant ainsi le glissement du patient d'une surface à l'autre.

Un dispositif électrique est recommandé pour l'ajustement en hauteur du sommier afin de faciliter les tâches du personnel et de permettre des interventions plus efficaces et plus rapides. Un préposé aux bénéficiaires qui aurait à ajuster en hauteur le lit de huit patients et cela à trois reprises dans la journée, devra réaliser 1 440 tours de manivelle pendant la journée de travail et 7 200 tours de manivelle pendant la semaine de travail. La force musculaire nécessaire pour réaliser un tour de manivelle dans de bonnes conditions est de 10 kg ; cela signifie donc que le préposé devra déployer 72 000 kg de force pour ajuster les lits pendant une semaine[5]. Cela justifie facilement l'achat de lits à commandes électriques. Selon la norme BNQ[4] pour les lits : « les lits à commande manuelle sont conçus pour être utilisés dans les endroits où les manœuvres de réglage des positions du sommier ne sont pas fréquentes. Pour une utilisation plus fréquente, les lits à commandes électriques, partielles ou totales, sont

recommandés pour éviter toute perte de temps et pour prévenir les maux de dos que pourrait subir le personnel de l'établissement de santé ». L'emplacement du tableau de commande doit être facile d'accès et être placé à portée de la main afin d'éviter toute flexion ou torsion du tronc chez le personnel ; de plus son emplacement devrait éviter que le soignant l'actionne accidentellement lorsqu'il donne des soins aux patients. La tête et le pied du lit devraient aussi être actionnés par un système électrique ; les commandes peuvent être intégrées ou fixées sur le côté du lit. Ainsi les patients, dont l'état le permet, peuvent ajuster eux-mêmes l'inclinaison de la tête et du pied du lit ; le patient est ainsi plus confortable et moins dépendant du personnel. De plus, lorsque le pied du lit est relevé, cela empêche le glissement du patient vers l'extrémité du lit. L'accès à la commande doit pouvoir être supprimé pour les patients confus ou agités.

Roues

Il arrive parfois que les roues soient enlevées sous le lit afin d'en diminuer la hauteur ou pour compenser l'inefficacité des freins à immobiliser le lit. Lorsqu'il est nécessaire de déplacer le lit, cet exercice devient très exigeant pour le personnel soignant, mais aussi pour celui de l'entretien ménager. De plus, l'absence des roues diminue l'espace disponible sous les côtés de lit ; ceci peut empêcher le personnel d'y glisser les pieds de même que l'utilisation du lève-personne.

Les bandes de roulement fissurées et la présence de charpie et de cheveux autour de la roue nuisent au roulement et augmentent l'effort nécessaire pour déplacer le lit.

La norme BNQ[4] recommande des roues à roulement à bille d'un diamètre minimum de 12,5 cm (5 po), équipées d'une bande de roulement en caoutchouc ou matière similaire et qui ne tache pas ; les quatre roues doivent être pivotantes pour la maniabilité. Il doit être possible de rendre une roue directionnelle afin de faciliter la tâche du personnel lors du déplacement dans les corridors.

Freins

La majorité des lits actuellement en usage dans les établissements sont équipés de freins papillons, inefficaces à immobiliser le lit ; en effet, ce type de freins n'assure pas un blocage total de la roue et on constate fréquemment le déplacement du lit lorsque le patient s'y appuie, augmentant ainsi les risques de chute.

De plus, les indications de mise en position de freins (ON-OFF) sont absentes ou difficiles à déchiffrer ; donc, on ne sait jamais si ceux-ci sont en place ou non. Très souvent, il faut s'accroupir ou se pencher sous le lit pour atteindre les freins, principalement lorsque les côtés du lit sont abaissés et que l'accès à la tête de lit est réduit, leur position ne facilitant pas leur mise en place.

La norme BNQ[4] spécifie que le lit doit être muni d'un système de freinage central effectif sur au moins deux roues placées en diagonale. Le système est actionné par une pédale fixée sur le châssis au milieu du lit et de chaque côté. La pédale est antidérapante et les indications qui y apparaissent doivent être claires et faciles à lire en position debout. Cette même pédale a aussi la fonction de rendre une roue directionnelle, ce qui simplifie le déplacement en ligne droite. L'avantage du frein central est la facilité d'accès à la pédale ; de plus, il suffit d'actionner la pédale d'un côté pour que le lit soit immobilisé. Donc, il y a économie de temps et il n'est aucunement nécessaire d'adopter une posture non sécuritaire pour actionner le mécanisme de freinage.

La majorité des lits en usage actuellement dans les établissements de santé ne sont pas équipés d'un système de freinage central ; il est possible d'installer un tel système sur certains modèles de lit. Les coûts sont d'environ 500 $; si d'autres problèmes sont rencontrés avec l'équipement et que celui-ci existe depuis plusieurs années, il devient plus avantageux de remplacer ces lits.

Lorsque les roues sont équipées de freins papillons inefficaces à immobiliser le lit, les roues doivent être remplacées et deux roues, en diagonale, doivent être munies de freins à pédales. Il en existe plusieurs modèles, qu'il s'agisse de : Flexello, Darnel-Darcor, Guittel, Tente, Colson, etc. Selon les modèles et la quantité, les coûts varient de 90 $ à 125 $ par lit. C'est peu si cela permet d'éliminer des dangers et de prévenir des accidents du travail.

Côtés de lit

L'emplacement du mécanisme de déverrouillage du côté de lit peut entraîner l'adoption de posture en torsion lorsqu'il est situé à la tête du lit surtout lorsque l'accès est réduit par la présence du cabinet de chevet (somno). Certains mécanismes de déverrouillage sont compliqués à actionner et entraînent des risques de pincement aux doigts pour les

travailleurs. Nous constatons aussi que certains côtés de lit sont bruyants ce qui n'incite pas le personnel de soirée et de nuit à les abaisser lors des tournées et des installations.

L'espace de dégagement sous le côté du lit, lorsque celui-ci est abaissé, est parfois insuffisant (moins de 9 cm) (3,5 po) pour permettre au soignant d'y placer les pieds ; le personnel est alors plus éloigné du lit et du patient pour procéder à toute manipulation ou soin. De plus, si les côtés de lit s'abaissent accidentellement, il y a danger de blessures aux pieds.

Certains modèles de côtés de lit, lorsque abaissés, excèdent le matelas en largeur éloignant ainsi le soignant du lit et rendant plus difficile les prises rapprochées. D'autres côtés de lit excèdent le lit à l'extrémité, le personnel risque alors de s'y accrocher ou de s'y frapper. Nous pouvons aussi mentionner que, de façon générale, les côtés de lits pleine longueur sont lourds à manipuler.

La norme BNQ[4] sur les lits prévoit des spécifications en ce qui concerne les côtés de lit. Ceux-ci existent en deux versions : pleine longueur ou demi-longueur (deux sections).

Dans les deux versions, le dispositif de dégagement du mécanisme de blocage doit être conçu de façon à ce qu'il soit facile à manipuler et ne demande aucun effort ; il doit être situé sous le bord longitudinal du sommier et au moins à 26,5 cm (10,5 po) du plancher. Les instructions de fonctionnement doivent être indiquées de façon lisible et permanente. Cela évite d'avoir à actionner deux manettes, au pied et à la tête, pour débloquer le côté de lit ; ainsi le soignant demeure près du patient.

Lorsqu'ils sont abaissés, les côtés de lit pleine longueur doivent libérer complètement le dessus du sommier pour permettre toute manœuvre. La force nécessaire pour lever ou abaisser un côté de lit ne doit pas être supérieure à 63 newton.

Lorsqu'ils sont abaissés, les éléments du côté de lit demi-longueur doivent être rétractables sous le sommier. Lors des manœuvres de réglage des positions du sommier, la distance entre les deux sections du côté de lit doit être telle qu'elle ne présente pas de risque de blessures pour le personnel, ni pour le patient.

Lorsqu'ils sont abaissés, les deux types de côté de lit doivent conserver une distance minimale de 9 cm (3,5 po) entre le plancher et la membrure inférieure, afin de permettre au personnel d'y glisser les pieds.

Les côtés de lit demi-longueur sont moins lourds et se rangent sous le sommier permettant ainsi au personnel d'être près du lit. Ils sont de plus en plus populaires, car ils offrent une meilleure protection lorsque la tête du lit est relevée et facilitent l'utilisation de la table de lit lorsque les sections des côtés de lit (situés près du pied) sont abaissées. Lors de certains soins au lit, le personnel peut procéder en abaissant seulement un demi-côté de lit. Cependant, ce type de côté de lit ne devrait pas être utilisé avec les patients confus et agités car des accidents majeurs sont survenus ; des modifications doivent être apportées afin d'éviter que le patient ne puisse insérer une partie de son corps entre les deux demi-sections des côtés de lit. De plus, il est précisé dans la norme BNQ[4] que : « les côtés de lit fabriqués selon la norme ne sont pas conçus pour retenir au lit un patient confus et agité ; ils ne constituent pas non plus, en aucun cas, un moyen de contention mais bien une barrière dont le seul but est d'empêcher le patient de rouler ou de tomber hors du lit ».

Certains modèles de côté de lit, dont le mécanisme de déclenchement situé à la tête du lit est difficilement accessible, peuvent être inversés ; ainsi le mécanisme devient au pied du lit et n'oblige plus le soignant à s'étirer au-dessus du cabinet de chevet pour atteindre le mécanisme. Toutefois, comme le soignant est placé vers le pied du lit et plus éloigné du patient, il faut en tenir compte si celui-ci est agité. Les côtés de lit défectueux doivent être réparés.

Manivelles

L'emplacement des manivelles oblige le travailleur à s'accroupir ou à se pencher pour les actionner. De plus, certaines manivelles sont si difficiles à tourner que le soignant doit utiliser ses deux mains pour y arriver ; l'effort exigé pour tourner les manivelles influencera leur degré d'utilisation. Pour ajuster le lit de la position basse à la position haute, trente tours de manivelle sont requis ; les ajustements devant s'effectuer à maintes reprises dans la journée, nous pouvons imaginer les pertes de temps et l'effort requis, principalement si les manivelles sont défectueuses[5].

Certaines manivelles non rétractables ou partiellement rétractables peuvent entraîner des chutes et des risques de s'y frapper ; ce danger est encore plus évident lorsque l'espace est restreint au pied du lit.

La norme BNQ[4] prévoit que les manivelles et les poignées doivent être fabriquées de manière à assurer de façon permanente un fonctionnement doux et non bruyant. La force nécessaire pour tourner la manivelle d'ajustement de la hauteur du lit doit être inférieure à 30 newton et ce, avec une charge de 75 kg répartie sur le sommier. Il est possible de mesurer cette force à l'aide d'un dynamomètre adapté. Donc, les manivelles bruyantes et difficiles à tourner doivent être réparées. Il est important de préciser que l'achat de lits électriques éliminerait tous les problèmes reliés aux manivelles. Une étude réalisée aux États-Unis[8] a démontré une diminution de l'incidence des maux de dos sur les unités où des lits électriques sont utilisés. De plus, la localisation des commandes sur les côtés de lit de même que le temps nécessaire pour ajuster la hauteur du lit (environ 20 secondes) avaient une influence positive sur les maux de dos par rapport à un lit dont les commandes sont situées au pied du lit et dont la durée d'ajustement est près du double (38 secondes). Il faut aussi s'assurer que le lit est équipé d'une manivelle de dépannage en cas de panne d'électricité.

Matelas

Il arrive que les matelas se déplacent sur le sommier du lit lorsqu'un soignant aide un patient à s'asseoir sur le bord du lit ; le personnel doit alors tenir le matelas lorsque le patient s'assoit ou soulever légèrement le patient afin d'éviter que le matelas ne se déplace. Cela nécessite donc des efforts inutiles et représente un danger de blessure pour le patient et le personnel. La même situation peut se produire lorsque le personnel glisse le patient sur le bord du lit ; cela rend inefficaces les efforts de glissement. De plus, cela peut faire en sorte que le soignant soulève le patient plutôt que le glisser afin d'éviter le déplacement du matelas.

De plus, il est fréquent que les dimensions du matelas ne correspondent pas à celles du sommier ; cela favorise le glissement du matelas et rend inefficaces les butoirs lorsque présents. Si le matelas est trop large, il peut être difficile de remonter les côtés de lit.

La norme BNQ[4] mentionne que le sommier doit être équipé de dispositifs destinés à maintenir le matelas en place et à l'empêcher de

glisser au moment de son utilisation. Ces dispositifs doivent comporter quatre butées d'arrêt fixes installées sur le sommier dans le sens longitudinal (deux de chaque côté, l'une fixée sur le sommier de tête et l'autre sur le sommier de pied) et une butée au pied du sommier ; le butoir à la tête du lit n'est pas recommandé dans la norme parce qu'il provoque une usure prématurée du matelas. Ces butoirs doivent être fabriqués en nylon industriel ou en matière plastique résistante et doivent mesurer 5,5 cm (2,25 po) en hauteur et 14 cm (5,5 po) en longueur. Le personnel soignant mentionne la nécessité d'une période d'adaptation à ces butoirs, car il y a tendance à s'y accrocher lors des changements de literie.

Ce type de dispositif pour immobiliser le matelas est beaucoup plus efficace que les bandes ou les pastilles antidérapantes. Certains établissements ont aussi placé des carrés de DYCEM à différents endroits sur le sommier ; ce produit est utilisé en réadaptation afin de stabiliser du matériel. Comme ce produit se vend environ 170 $ pour un rouleau de 40 cm x 9,1 m (15,75 po x 30 pi), il devient sans doute plus intéressant d'installer des butoirs pour environ 14 $ par lit. Pour permettre l'efficacité des butoirs, les matelas doivent être de la dimension correspondante au sommier.

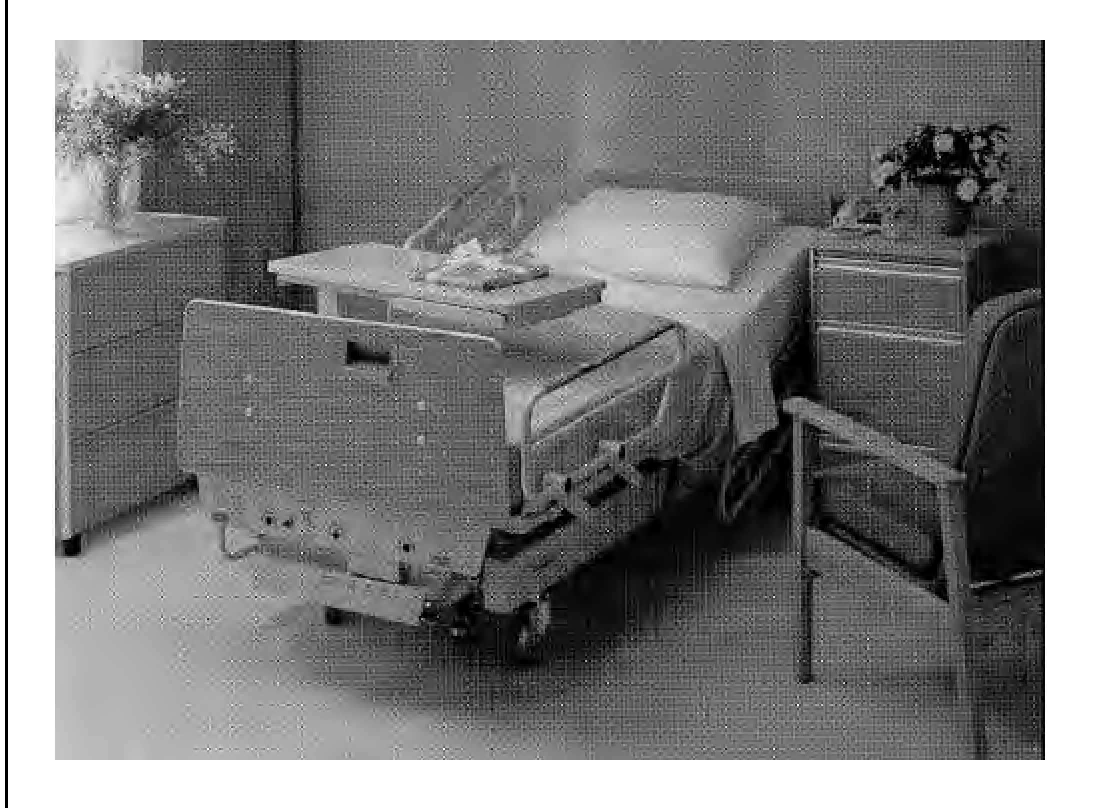
Lorsque des établissements constatent que la hauteur inférieure des lits est trop élevée, l'installation d'un matelas moins haut est un moyen d'abaisser cette hauteur. Notons aussi qu'il existe trois normes BNQ sur les matelas :

- matelas flexibles à ressorts encadrés de mousse de polyuréthanne (NQ-6680-301) ;
- matelas de mousse de polyuréthanne de haute résilience (NQ-6680-201) ;
- matelas non flexibles à ressorts (NQ-6680-101).

Panneaux de tête et de pieds

La norme BNQ[4] précise que les panneaux doivent être faciles à manipuler et pouvoir être enlevés par une seule personne, sans l'aide d'outil et sans avoir à régler le sommier. Cela peut être important lors de manœuvre de réanimation. De plus, pour une éventuelle fixation des panneaux au lit par des vis à métal, des trous doivent être perforés sur les tubes de fixation en métal des panneaux ; sur les unités de soins où les panneaux peuvent être utilisés comme arme par les patients (ex. : en

psychiatrie), les panneaux devraient être fixés. Les panneaux doivent être robustes pour permettre la fixation d'équipements tels que les trapèzes. En effet, le trapèze est un instrument peu coûteux et qui peut favoriser une certaine autonomie du bénéficiaire ; lorsque la force d'un ou des membres supérieurs le permet, le patient peut se rehausser à la tête du lit ou se tourner sur le côté sans l'aide du soignant ou avec une aide minime contribuant à diminuer les efforts du personnel.



Lit à commandes électriques
Source : publicité de la compagnie BERTEC.

Civières

Les civières sont utilisées plus fréquemment en centres hospitaliers de courte durée qu'en centres d’hébergement et de soins de longue durée. Les problèmes rencontrés sont très semblables à ceux identifiés concernant les lits : problèmes de hauteur, roues malpropres, freins inefficaces, instabilité du matelas et côtés de civière défectueux.

Hauteur

Il existe encore plusieurs civières à hauteur fixe. La hauteur des équipements et des autres surfaces de travail sur lesquels le patient est transféré étant très variable, il arrive souvent que le personnel ne puisse glisser le patient et doive le soulever à cause d'une dénivellation entre la civière et l'autre surface. Les travailleurs ne peuvent respecter les principes de sécurité et les risques d'accident sont augmentés.

Si la civière est à hauteur fixe élevée, un patient ne peut s'y asseoir sans l'utilisation d'un banc ou l'aide du soignant ; les dangers de chute sont augmentés et l'effort du personnel est requis. Les patients en observation à l'urgence par exemple peuvent conserver une certaine autonomie et aller à la salle de bain par eux-mêmes si la civière est à hauteur variable.

Les civières devraient être ajustables en hauteur afin que le personnel puisse glisser le patient de la civière à toute autre surface d’équipement peu importe la hauteur. Les hauteurs inférieures et supérieures des civières varient grandement d'un modèle à l'autre ; il devient donc important de mesurer les hauteurs des différentes surfaces de travail sur lesquelles le patient peut être transféré (tables de radiologie, d'échographie, d'opération, etc.) afin d'acheter les modèles de civière les plus appropriés, compatibles avec les équipements de l'établissement.

Si la clientèle amenée en civière peut se transférer et s'asseoir elle-même sur le bord de la civière, la hauteur inférieure devrait être plus près du 56 cm (22 po) ; si par contre, les patients sont transférés sur une table de radiologie, la civière doit être d'une hauteur d'au moins 96 cm (38 po), ce qui n'est pas le cas de tous les modèles ; il est donc très important de procéder à une bonne analyse des besoins. C'est habituellement un mécanisme hydraulique qui permet l'ajustement en hauteur et cela, en actionnant une pédale.

Roues

On remarque que les bandes de roulement des roues sont souvent fissurées, brisées ; de plus, des cheveux, de la charpie et de la poussière sont accumulés autour des roues, tous ces éléments nuisant au déplacement aisé de la civière. On note parfois l'absence d'une roue directionnelle ; le travailleur doit constamment corriger la direction de la civière lors des déplacements dans le corridor et cela demande un effort constant.

Les civières sont des équipements utilisés fréquemment pour transporter des patients d'un service à un autre. Pour faciliter le déplacement de la civière, on doit tenir compte du diamètre de la roue (une civière avec des roues de plus grand diamètre demande moins d'effort pour être déplacée) et de la qualité de la bande de roulement ; de plus, la roue doit être munie d'un roulement à bille et nettoyée régulièrement pour éviter l'accumulation de cheveux et de charpie autour de la roue.

Les roues doivent être pivotantes pour faciliter le déplacement dans les espaces restreints ; un mécanisme doit permettre de rendre une ou deux roues directionnelles pour faciliter le déplacement en ligne droite dans les corridors ; sa mise en place doit être clairement indiquée. Certaines compagnies installent une cinquième roue directionnelle sous leur civière ; les quatre autres roues demeurent pivotantes.

Freins

Le système de freinage est souvent inefficace à immobiliser parfaitement la civière. Il peut arriver que le patient tombe entre le lit ou toute autre surface d'équipement et la civière, si celle-ci se déplace au moment du transfert du patient ; ce genre d'accident est déjà survenu. Le personnel doit alors relever le patient du sol ce qui est plus dangereux comme manœuvre et le patient peut aussi être blessé sérieusement.

Les roues doivent être munies d'un système de freinage immobilisant parfaitement la civière. Le système de freins central qui peut être actionné des deux côtés est préférable et c'est ce qui existe sur la majorité des civières.

Les indications concernant la mise en place des freins et du mécanisme de direction doivent être claires. Les freins papillons ne sont pas efficaces à immobiliser l'équipement comme c'est le cas pour le lit.

Matelas

Les matelas ne sont souvent pas fixés sur la civière et lorsque le personnel veut glisser le patient, le matelas se déplace, compliquant ainsi la réalisation du transfert. Pour faciliter le glissement d'une civière à une autre surface, il doit être possible d'appuyer les deux surfaces ensemble afin d'éviter que le patient tombe entre les deux matelas ou soit inconfortable. Il arrive que les côtés de civière (ridelles) ou la surface de travail crée cet espace ; souvent cela oblige le personnel à soulever le patient plutôt qu'à le glisser augmentant ainsi les dangers d'accident.

Le matelas doit être stable sur la civière ; actuellement, il n'existe pas de butoirs comme sur les lits. Cependant, il faut l'immobiliser au moyen de « Velcro » ou d'un système d'attaches.

S'il existe un espace entre le matelas et la surface où est transféré le patient, il faut utiliser une planche de transfert (pour combler cet espace) pour permettre le glissement du patient d'une surface d'équipement à l'autre.

Côtés de civière

Certains côtés de civière sont défectueux et difficiles à manipuler ; le personnel, pour éviter les pertes de temps et l'effort pour abaisser les côtés, procède aux soins par-dessus les côtés. Il est alors plus difficile de respecter des principes de sécurité.

Les côtés de civière doivent être en bon état et faciles à abaisser et à relever ; de plus, ils ne doivent pas représenter un risque de pincement des doigts. Lorsque abaissés, ils ne doivent pas dépasser à l'extrémité de la civière ce qui risquerait de causer des blessures.

Les bénéficiaires transférés en civière sont souvent endormis, inconscients ou incapables de participer lors du transfert sur une autre surface d'équipement. Il existe plusieurs équipements qui peuvent faciliter le travail des soignants et diminuer l'effort à fournir ; nous pouvons nommer la planche « Smooth-Mover », les planches de transfert « Glider », le rouleau de transfert « Spenco », les appareils de transfert « Air Pal », le « Rollboard », le « Mini-Slide », la civière « Mobilizer », etc. Pour connaître les caractéristiques et le fonctionnement de ces équipements, consulter les publications de l'ASSTSAS concernant les équipements de transfert.

L'utilisation d'un « levier-civière Techlem » ou d'un « surgi-lift » sont d'autres moyens à la disposition des établissements pour diminuer le nombre de manipulations lorsqu'un patient doit subir des examens dans un autre service et qu'il ne peut aider à son transfert. En employant ces équipements, les seules manipulations nécessaires sont de tourner le patient à deux reprises : une fois pour installer la toile sous le patient et l'autre fois pour enlever la toile. Le patient demeure sur ce type de levier pour le transport et peut demeurer sur la toile pour les examens. Si l'espace est suffisant pour utiliser une civière, il l'est aussi pour utiliser ce type de levier-civière ; toutefois, il faut s'assurer de la compatibilité des équipements, c'est-à-dire que la base du levier peut se glisser sous le lit et sous les tables d'examen.

Avant de procéder à l'achat d'une civière, il faut procéder à des essais des différents modèles en recherchant les objectifs de sécurité suivants :

- ❑ réduire les efforts d'assistance aux bénéficiaires par une civière dont la hauteur inférieure est la plus près possible de 45,7 cm (18 po) sans le matelas ; ainsi les bénéficiaires de petite taille s'y assoient sans aide ;
- ❑ faciliter les soins en ayant une hauteur qui permet de travailler sans flexion du tronc ;
- ❑ permettre les transferts de surface sans « soulever » au moyen d'une civière à hauteur variable dont l'ajustement s'effectue par un système hydraulique ; si les transferts se font à une table de radiologie ou de scopie, cette hauteur supérieure doit être compatible avec les équipements existants et elle peut se situer jusqu'à 96,5 cm (38 po) ou 1,02 m (40 po). De plus, le matelas doit être stable ;
- ❑ faciliter les manœuvres lors des déplacements ; les dimensions de la civière doivent tenir compte des espaces disponibles dans les ascenseurs et les lieux où elle sera utilisée. Un diamètre de roue de 20,3 cm (8 po) et plus, permet un roulement aisé de la civière et la présence d'au moins une roue directionnelle facilite le déplacement dans les corridors ;
- ❑ assurer la sécurité des bénéficiaires par l'efficacité de son système de freinage à contrôle central accessible des deux côtés et par des côtés de civière sécuritaires.

Pour obtenir des informations plus détaillées sur les civières, vous pouvez consulter *Objectif prévention*, hiver 1993[9] ; des précisions sont aussi apportées concernant les civières à fonctions combinées.

Fauteuils roulants

Les fauteuils roulants sont manipulés quotidiennement par le personnel. Plusieurs modèles existent. Toutefois, dans le cadre de ce document, nous allons parler des problèmes communs observés sur les fauteuils dans le contexte où ceux-ci sont ou peuvent être utilisés pour plusieurs bénéficiaires.

Comme pour les autres équipements, les problèmes rencontrés sont dus principalement à l'entretien déficient : freins défectueux, appuie-bras et repose-pied difficiles à enlever ou à manipuler, roues usées, malpropreté, etc. De plus, certains fauteuils, par leurs caractéristiques (appuie-bras et repose-pied fixes) ne permettent pas l'utilisation de principes de sécurité lors du transfert des patients.

Les fauteuils peuvent être équipés de roues avec bandage ou de pneus. Souvent le bandage est usé et recouvert d'une pellicule de cire qui permet le déplacement du fauteuil même lorsque les freins sont appliqués ; les bandages doivent alors être changés. Un pneu mal gonflé peut aussi rendre l'application des freins inefficaces. Cependant, l'inefficacité des freins est plus souvent due à un mauvais ajustement de ceux-ci. Un fauteuil qui se déplace au moment d'un transfert est dangereux pour le patient et pour le soignant qui lui prête assistance.

Les appuie-bras fixes limitent le choix des méthodes de transfert. Si ceux-ci sont amovibles, cela permet d'augmenter la proximité du patient pour faciliter les prises lors d'un transfert ; de plus, cela permet de glisser le patient sur une planche de transfert au lieu de le soulever lors des transferts au fauteuil ou au lit et cela facilite l'installation de la toile si le patient est transféré en lève-personne.

Lorsque les appuie-bras sont amovibles, ils sont parfois difficiles à retirer et à remettre en place à cause d'une pièce tordue ou abîmée ; cela n'incite sans doute pas le personnel à les enlever, entraînant l'utilisation de méthodes de transfert moins sécuritaires.

Les repose-pied fixes représentent un obstacle pour le patient et le personnel lorsque vient le temps de pivoter ou de déplacer les pieds lors d'un transfert ; cela augmente les risques de chute pour le patient et les dangers de blessure pour le personnel qui l'en empêche. Les repose-pied fixes peuvent aussi empêcher le soignant de se rapprocher du patient lors de manœuvres au fauteuil. Certaines méthodes de transfert exigent que le fauteuil soit appuyé perpendiculairement au lit ou à la baignoire ; elles sont impossibles à utiliser si les repose-pied sont fixes.

Nous constatons aussi que certains repose-pied ont été soudés ou qu'ils ne peuvent demeurer relevés lors des transferts, augmentant les risques de chute car le patient doit enjamber cet obstacle.

D'autres bris ou défectuosités du fauteuil ont été remarqués tels que le mauvais état du siège, du dossier et de la cuirette des appuie-bras. Cela ne cause pas de blessure au dos, mais peut entraîner des égratignures ; de plus, la malpropreté est souvent présente.

Même si l'objet de ce document n'est pas le confort du bénéficiaire, il est important de mentionner que la majorité des fauteuils roulants n'ont pas été conçus pour le confort du patient. En centres hospitaliers de courte durée, sauf en soins prolongés et sur les unités de médecine, les fauteuils sont utilisés principalement pour le transport des patients. Par contre, en centres d'hébergement et de soins de longue durée, certains patients passent plusieurs heures par jour assis dans ces fauteuils. Lorsque les dimensions du fauteuil ne respectent pas les données anthropométriques du patient et que le siège et le dossier ne sont pas rembourrés, le patient est inconfortable et risque de se descendre dans son fauteuil. Le personnel est alors appelé plus fréquemment à repositionner le patient, augmentant ainsi les dangers de blessure au dos.

Certains patients possèdent des fauteuils électriques ; ceux-ci représentent une autonomie et une liberté accrues pour le patient mais peuvent causer des difficultés lors des transferts. En effet, la présence de la batterie du fauteuil rend difficile l'accès à l'arrière. Ces fauteuils sont lourds et lorsqu'ils sont en panne, le personnel doit les pousser ce qui nécessite des efforts importants. La présence de la manette de contrôle sur le bras du fauteuil peut aussi nuire lors des transferts.

Les fauteuils roulants utilisés pour plusieurs patients devraient donc être munis d'appuie-bras et de repose-pied amovibles, faciles à retirer et à mettre en place. S'il est nécessaire d'enlever les repose-pied pour une période plus ou moins longue, un lieu de rangement devrait être précisé afin d'éviter la perte de ces pièces.

Les freins des fauteuils devraient être réajustés régulièrement afin d'en assurer l'efficacité ; c'est une procédure très simple qui s'effectue en quelques minutes. Le bandage de la roue devrait être changé lorsque brisé ou ciré et les roues devraient être réalignées. Les fauteuils doivent être entretenus et nettoyés régulièrement ; toutes les pièces abîmées sont réparées ou remplacées.

Dans les établissements où les sorties des patients à l'extérieur des établissements sont nombreuses, les fauteuils roulants achetés à cet effet devraient démontrer une facilité de propulsion et une facilité de direction et être équipés de pneus gonflables. Les tests effectués par « Protégez-vous » dans sa revue d'août 1991[10], démontrent une grande différence entre les fauteuils, en ce qui concerne la facilité de propulsion. Les modèles de fauteuil que l'on retrouve dans les établissements de santé ont démontré une performance médiocre à cet égard.

Lorsque le fauteuil roulant est acheté pour un patient en particulier, un intervenant en réadaptation devrait être consulté afin de sélectionner le fauteuil le plus approprié selon les dimensions anthropométriques du patient, le degré d'atteinte de ses fonctions (force, coordination) et ses activités. De plus, lorsque le patient est assis plusieurs heures par jour dans un fauteuil, l'élément confort devrait être pris en considération, ce qui n'est pas le cas actuellement. Un patient confortable exige moins de repositionnement par le personnel.

Fauteuils gériatriques

Les fauteuils gériatriques sont des équipements qui sont utilisés principalement en centres d’hébergement et de soins de longue durée, sur les unités de soins prolongés et parfois sur les unités de médecine. En centres hospitaliers de courte durée, sur les autres unités de soins, les fauteuils de repos sont principalement utilisés.

Les patients qui nécessitent l'utilisation d'un fauteuil gériatrique sont habituellement en perte d'autonomie importante. Plusieurs problèmes sont

relevés sur ces fauteuils, autant en ce qui concerne le confort des patients que la sécurité des soignants qui les assistent.

Les fauteuils gériatriques devraient être réservés à l'usage des personnes en perte d'autonomie importante afin de varier les positions au cours de la journée. Ils doivent allier le confort du patient à la sécurité du personnel qui les utilise.

Dimensions

Compte tenu des espaces restreints dans les chambres, ces fauteuils sont souvent encombrants parce que de grande dimension. De plus, leurs caractéristiques ne respectent pas toujours les dimensions anthropométriques des personnes âgées. L'assise est souvent trop profonde entraînant ainsi une compression des vaisseaux sanguins situés derrière les genoux, causant des engourdissements dans les membres inférieurs et de l'inconfort. Le patient, pour améliorer son confort, glisse vers l'avant et le personnel replace le patient au fond du fauteuil à plusieurs reprises dans la journée ; si ce problème n'est pas réglé, le patient continue à se glisser et le personnel à le relever. Si le siège est trop haut et qu'il n'y a pas de repose-pied réglable en hauteur, il y a compression des vaisseaux sanguins sous les cuisses créant des engourdissements des membres inférieurs ; le patient de petite taille qui peut participer à son transfert requiert plus d'assistance de la part des travailleurs pour s'y asseoir. Lorsque l'assise est trop large, le patient est moins stable dans son fauteuil et cela peut rendre difficile ou inconfortable l'utilisation des appuie-bras ; les soignants doivent repositionner souvent ces patients surtout si leur contrôle du tronc est limité. De plus, nous avons constaté que le rembourrage de certains fauteuils datait de plusieurs années et était très inconfortable. Cela risque d'entraîner des plaies de siège chez les patients et de plus, comme ils sont inconfortables, ils demandent plus souvent à être transférés ou replacés ; ceci augmente les manipulations et les déplacements par le personnel et les dangers de blessure qui y sont associés. La majorité des fauteuils possèdent des dossiers hauts empêchant le soignant de procéder à des repositionnements sécuritaires en se plaçant à l'arrière du fauteuil. Cela limite donc les possibilités de manœuvres ; toutefois, il faut mentionner que les incapacités des bénéficiaires installés dans ce type de fauteuil devraient entraîner l'utilisation du lève-personne, contournant ainsi le problème relié au dossier haut.

En position assise, le poids du corps repose sur les ischions (deux pointes osseuses sous les fesses) ; afin d'éviter les plaies de pression, le siège doit avoir un bon rembourrage et il y a intérêt à avoir des points d'appui supplémentaires : un dossier, des appuie-bras et un repose-pied. De plus, les dimensions du fauteuil doivent respecter les données anthropométriques des personnes âgées[11].

La profondeur du siège devrait se situer entre 38 cm et 41 cm (15 à 16 po) si elle est fixe et s'ajuster de 33 cm à 46 cm (13 à 18 po) si elle est variable ; ceci permettrait à la majorité des patients de s'appuyer au dossier tout en conservant l'arrière du genou (creux poplité) dégagé. Si les sièges de vos fauteuils actuels sont trop profonds, vous pouvez, en attendant le remplacement, ajouter un oreiller dans le dos des bénéficiaires.

De plus, le siège devrait être incliné légèrement (environ 5º) vers l'arrière ; cela est plus confortable et empêche le glissement du patient vers l'avant.

La hauteur du siège doit se situer à 43 cm (17 po) par rapport au repose-pied, si elle est fixe, et de 33 cm à 51 cm (13 à 20 po) si elle est variable. Comme le fauteuil gériatrique est sur roulettes de 12,5 cm (5 po), la hauteur du siège devient donc à 55 cm (22 po) du sol. La largeur du siège doit se situer entre 46 cm et 51 cm (18 à 20 po).

La partie supérieure de certains fauteuils à haut dossier est amovible ou inclinable vers l'arrière, de façon à permettre les repositionnements et les soins d'hygiène des cheveux en adoptant des postures plus favorables. Lorsque ce n'est pas le cas, toute manœuvre par l'arrière est à éliminer. Le lève-personne et les méthodes de transfert où les soignants sont placés à l'avant ou sur les côtés du fauteuil sont à préconiser.

Stabilité

Certains modèles de fauteuil présentent des risques de basculer, principalement lorsque le patient est assis sur l'avant du siège pour se relever. Cela peut entraîner la chute du patient avec ses conséquences et le personnel risque d'intervenir pour empêcher la chute. Si le fauteuil bascule, les soignants doivent alors relever le patient du sol avec les exigences que cela suppose.

Le fauteuil gériatrique doit demeurer en appui sur ses quatre roues même lorsque le patient est assis sur le bord du fauteuil. Des butoirs anti-bascule peuvent être installés de chaque côté du fauteuil afin d'empêcher tout renversement accidentel du fauteuil.

Appuie-bras

Bon nombre de fauteuils gériatriques possèdent des appuie-bras fixes ; il est alors impossible d'utiliser une planche de transfert pour glisser le patient du fauteuil à une autre surface (lit, par exemple). Si le transfert s'effectue manuellement, les soignants risquent de soulever le patient au-dessus des appuie-bras ou que ceux-ci nuisent lors du transfert.

Les appuie-bras ont trois fonctions : accroître la stabilité du patient, réduire le poids sur le siège et l'aider à s'asseoir et à se relever du fauteuil. Lorsqu'ils sont trop hauts, le patient est inconfortable et s'ils sont trop bas, le patient ne s'appuie que d'un seul côté. Les patients risquent donc de demander l'assistance des soignants plus souvent pour être replacés confortablement dans le fauteuil. Le mécanisme pour enlever et remettre les appuie-bras doit être simple et fonctionnel sinon les travailleurs ne l'utiliseront pas.

Afin de permettre l'utilisation de la planche de transfert et les transferts latéraux, les appuie-bras doivent être amovibles ou s'abaisser pour être de la même hauteur que le siège. De plus, la taille des patients étant variable, des appuie-bras ajustables en hauteur de 15 cm à 28 cm (6 à 11 po) sont recommandés. Les mécanismes pour ajuster la hauteur des appuie-bras et pour les mettre en place et les enlever doivent être simples, accessibles et faciles à utiliser.

Repose-pied

Les repose-pied sont parfois encombrants et empêchent les soignants de s'approcher des bénéficiaires lors des transferts. Certains modèles glissent sous le siège du patient pour le rangement, mais avec beaucoup de difficulté ; d'autres se relèvent, mais il est important qu'ils tiennent correctement en place, sinon il y a danger de chute pour le bénéficiaire qui doit les enjamber. De plus, le soignant doit retenir le repose-pied tout en assistant le bénéficiaire, ce qui peut occasionner des postures de torsion. Lorsque les repose-pied ne sont pas ajustables en hauteur, certains patients ne peuvent y appuyer les pieds, créant ainsi des problèmes circulatoires.

Les repose-pied ne doivent pas empêcher les soignants de s'approcher du fauteuil ; ils peuvent se glisser facilement sous le fauteuil ou se relever. Ils devraient s'ajuster en hauteur afin de permettre à tout patient, quelle que soit sa taille, d'y appuyer les pieds. Ses mécanismes doivent être accessibles, faciles à utiliser et être en bon état car ils doivent être rétractés ou relevés lors des transferts.

Roues et freins

Les fauteuils gériatriques sont difficiles à diriger dans les corridors et en espaces restreints ; souvent les roues arrière sont pivotantes et les roues avant sont fixes, ce qui rend les manœuvres de déplacement plus exigeantes et obligent souvent les soignants à tirer le fauteuil avec une torsion du dos plutôt qu'à le pousser. Des bandes de roulement fissurées, brisées et malpropres augmentent les difficultés lors du déplacement du fauteuil.

Les roues sont souvent équipées de freins papillons inefficaces pour immobiliser l'équipement. Cela augmente les dangers de chute du patient ; le soignant doit compenser l'instabilité du fauteuil en fournissant un effort supplémentaire. De plus, il est difficile de repérer leur application car les indications ne sont pas claires.

Les fauteuils doivent avoir des roues de 12,5 cm (5 po) à roulement à bille et munies de freins à pédales. La bande de roulement doit être en bon état et le pourtour de la roue doit être exempt de toute accumulation de poussière, de cheveux ou de charpie. Afin de faciliter le déplacement en espace restreint, les quatre roues doivent être pivotantes ; pour faciliter le déplacement dans les corridors, il doit être possible de rendre directionnelle au moins une roue arrière.

Plateau

Ces fauteuils sont souvent pourvus d'un plateau sur lequel le patient peut manger ou faire d'autres activités. Ces plateaux sont difficiles à installer et le personnel doit souvent travailler penché pour y parvenir.

Tout plateau doit se mettre en place et s'enlever sans effort et sans risque de se pincer les doigts.

Dossier

1. Supports latéraux

Selon l'état des patients, il peut être souhaitable d'avoir des appuis latéraux pour maintenir le tronc du patient, mais ceux-ci doivent être amovibles pour faciliter les transferts. Une ceinture de sécurité peut être disponible sur le fauteuil pour assurer le maintien du patient, une barre de direction située sur le dossier à une hauteur de 90 cm (35,5 po) doit permettre de pousser et de diriger le fauteuil.

2. Inclinaison

Les fauteuils plus récents offrent aussi un dossier inclinable à diverses positions permettant de varier le positionnement du patient. Parfois le dispositif d'inclinaison du dossier est indépendant de celui du siège ; cela prévient l'apparition des contractures aux hanches, celles-ci n'étant pas toujours fléchies au même angle.

Il est important de choisir ces fauteuils en tenant compte des capacités du bénéficiaire car ils ne favorisent pas son autonomie ; lorsque le patient y est assis, il ne peut varier sa position et ajuster lui-même les différentes composantes du fauteuil.

L'établissement doit toujours procéder à l'essai de différents modèles de fauteuil gériatrique avant de procéder à l'achat ; ainsi l'équipement répond mieux aux besoins des patients et du personnel.

Fauteuils de repos

Les fauteuils de repos sont utilisés principalement dans les centres hospitaliers de courte durée et dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour la clientèle autonome ou qui requiert peu d'assistance dans ses transferts ; ce fauteuil n'est habituellement pas sur roulettes et il est parfois oscillant ou basculant.

Les problèmes rencontrés sont semblables à ceux des fauteuils gériatriques en ce qui concerne le dimensionnement (siège trop profond, trop large, trop bas ou trop haut, etc.), et le confort. Comme il n'est pas sur roulettes, il n'y a pas de problème de freinage ni de déplacement puisqu'il doit rester en place. Ces fauteuils sont réservés à l'usage d'une clientèle autonome dans ses transferts ou qui requiert une légère assistance, le dossier haut ne présente pas une difficulté.

Ce fauteuil doit donc respecter les données du fauteuil gériatrique en ce qui concerne la profondeur, 38 à 41 cm (15 à 16 po) et la largeur, 46 à 51 cm (18 à 20 po) du siège, la hauteur des appuie-bras, 20 cm (8 po). La hauteur doit permettre au patient de s'asseoir et de se relever sans problème, soit d'environ 43 cm (17 po). Si le siège est basculant ou oscillant, un mécanisme doit permettre d'immobiliser le siège lors des transferts. De plus, le fauteuil doit être stable lorsque le patient est assis sur le bord du siège pour se relever. Ces fauteuils ne sont pas appropriés pour une clientèle sans mise en charge qui ne peut s'aider lors des transferts.

Si le fauteuil est sur roulettes, celles-ci doivent être équipées de freins à pédales qui immobilisent parfaitement l’équipement. La hauteur de l’assise doit se rapprocher du 43 cm (17 po) sinon le bénéficiaire de petite taille risque d’avoir de la difficulté à s’y asseoir.

Lève-personne mobiles

Le lève-personne est une aide mécanique utilisée pour déplacer un patient d'un endroit à un autre au moyen d'une toile ou d'un siège rigide. Même si cet équipement est de plus en plus utilisé par le personnel soignant, nous constatons encore une certaine résistance face à son utilisation. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation[12, 13, 14] ; en effet, les travailleurs mentionnent souvent que cela prend plus de temps, que les patients ont peur, que l'espace est insuffisant, que les lève-personne et les toiles sont disponibles en quantité insuffisante, que l'équipement est inadéquat pour certaines tâches, que cela nécessite l'intervention de deux personnes, que le personnel ne connaît pas le fonctionnement, etc. Il est important de tenir compte de toutes ces raisons, car elles peuvent très bien expliquer la non-utilisation du lève-personne. De plus, la conception de l'équipement n'est pas toujours avantageuse pour le travailleur.

Le lève-personne est un des équipements qui peut aider à diminuer les maux de dos occasionnés par le déplacement des patients. Toutefois sa conception et son mode de fonctionnement doivent permettre au personnel soignant de le manœuvrer en toute sécurité.

Conception et dimensions

Les lève-personne sont souvent volumineux et occupent beaucoup d'espace là où ils sont utilisés. Dans les établissements, les espaces sont souvent restreints tant dans les chambres que dans les salles de toilette ou dans les salles de bain. Les travailleurs doivent déplacer le ou les lits dans la chambre pour pouvoir accéder au patient et procéder au transfert. Le temps et les efforts requis par ce déplacement des lits n'est sûrement pas un incitatif à l'utilisation du lève-personne.

La hauteur de la base des lève-personne est variable selon la grosseur des roues et les différents modèles ; lorsque la base ne peut être glissée sous le lit ou la baignoire, il est impossible d'utiliser l'équipement et les transferts doivent être effectués manuellement. Il en est de même si les portes sont trop étroites et s'il y a présence de seuils de porte surélevés.

Pour permettre la montée du lève-personne, le levier de commande ou manchon doit être actionné à plusieurs reprises ; cela nécessite du temps et des efforts répétés des membres supérieurs. De plus, si cela est fait brusquement, la montée se fait par secousse ce qui peut causer de la peur et

de l'inconfort chez le patient. Les lève-personne à vis sans fin (ex. : Mecanaids, Trans-Aid, etc.) sont actionnés par une manivelle ou une poignée ; sur certains modèles, l'usage des deux membres supérieurs est requis pour tourner la manivelle, sur d'autres, le soignant doit travailler avec une flexion latérale du tronc et un membre supérieur en élévation au-dessus de la hauteur de l'épaule pour tourner la poignée. Donc, l'utilisation de certains lève-personne nécessite des efforts et l'adoption de postures non favorables pour le personnel.

L'emplacement du levier de commande peut, sur certains modèles, obliger le soignant à être loin du bénéficiaire ; il peut alors difficilement intervenir pour empêcher certains gestes du bénéficiaire ou le sécuriser.

De plus, la conception de certains lève-personne ne permet pas de relever un patient du sol ou de le transférer sur une surface d’équipement plus haute (ex. : lit Clinitron, table de radiologie). Ces transferts doivent alors être effectués manuellement ou avec l'aide d'autres équipements et le personnel peut être obligé de soulever le siège du patient pour le placer sur le lit ou sur la surface de travail. Lorsque le mât de charge est court et que le patient est suspendu en hauteur dans le lève-personne, ses jambes et sa tête touchent souvent au cylindre ou au mât ; cela crée de l'inconfort et il est parfois impossible de faire pivoter le patient.

Comme le facteur « temps » est un élément significatif pour les travailleurs justifiant la non-utilisation du lève-personne, il faudrait que la conception de celui-ci permette une manipulation aisée et rapide. Le lève-personne à commandes électriques permet une économie d'énergie et de temps pour le travailleur et plus de confort pour le patient. En effet, avec les commandes électriques, la montée et la descente du patient est rapide et sans aucune secousse pour le bénéficiaire ; de plus, le travailleur n'a plus à actionner un manchon ou tourner une manivelle, diminuant les efforts des membres supérieurs et les risques qui y sont associés.

Lorsque les commandes électriques mobiles sont munies d'un fil à boudins, le travailleur peut demeurer près de son patient à chacune des étapes pour le sécuriser et s'assurer de son bon positionnement au lit, au fauteuil ou ailleurs, tout en conservant une bonne posture de travail. L'utilisation du lève-personne en espace restreint est difficile, voire même impossible ; la solution la plus avantageuse demeure l'installation d'un

lève-personne sur rail au plafond puisque ce lève-personne ne nécessite aucun espace au sol.

Le lève-personne devrait permettre d'aller chercher un patient au sol ; de plus, s'il est susceptible d'être utilisé pour transférer un patient sur une surface haute telle qu'une table de radiologie ou un lit Clinitron, il est nécessaire de s'assurer que la hauteur de levée est suffisante pour atteindre ces hauteurs d'équipement.

La hauteur idéale des poignées pour faciliter le déplacement du lève-personne, devrait se situer à 98 cm (38,5 po) pour la moyenne des femmes et à 1,18 m (46,5 po) pour la moyenne des hommes[15]. La distance entre les poignées doit être d'environ 46 cm (18 po)[15] ; cette longueur de bras de levier est suffisante pour faciliter le pivotement et le déplacement du lève-personne.

Disponibilité et accessibilité

Pour faciliter leur utilisation, les lève-personne doivent être disponibles en quantité suffisante ; si les soignants doivent attendre ou chercher le lève-personne à chaque fois qu'il est requis, il y a danger que le transfert s'effectue manuellement afin d'éviter ces pertes de temps. De plus, lorsque les lève-personne sont rangés dans un lieu difficilement accessible où il est nécessaire de déplacer d'autres équipements pour les atteindre, ceux-ci risquent de ne pas être utilisés.

Il arrive que les toiles, crochets ou chaînes nécessaires au fonctionnement du lève-personne ne soient pas rangés avec celui-ci ; il faut donc rechercher tous les accessoires manquants avant de procéder au transfert.

À chaque fois qu'il est question du lève-personne, le temps requis pour son utilisation revient sur toutes les lèvres. On ne peut faire fi de cette donnée. Il devient donc très important d'évaluer le nombre de lève-personne nécessaire pour répondre efficacement aux besoins de la clientèle et des soignants, sans occasionner de perte de temps en attente de l'équipement. De plus, ces équipements doivent être rangés dans un lieu facilement et rapidement accessible par tout le personnel. Les accessoires nécessaires à l'utilisation du lève-personne (toiles, chaînes, courroies, rallonges, etc.) doivent être rangés au même endroit. Certains modèles de

lève-personne possèdent une pochette fixée sur celui-ci et dans laquelle sont placés ces accessoires ; il serait avantageux que tous les modèles en soient équipés.

Roues et freins

Les lève-personne mobiles sont équipés de roues dont le diamètre est variable ; plus celui-ci est petit et la bande de roulement de mauvaise qualité, plus il est difficile de déplacer le lève-personne. L'accumulation de poussière, de cheveux et de charpie autour de la roue nuit aussi à son roulement. Comme le lève-personne doit souvent être déplacé dans un espace restreint et pivoté sur lui-même, cette opération représente un effort important et souvent en torsion pour le personnel.

Lorsque le lève-personne est utilisé pour le transport du patient, l'absence d'une roue directionnelle rend difficile le déplacement en ligne droite dans les corridors.

Pour faciliter le déplacement du lève-personne, les roues doivent posséder un roulement à bille et une bande de roulement en bon état ; de plus, le pourtour de la roue doit être nettoyé régulièrement pour éviter toute accumulation de poussière, de charpie et de cheveux.

Les roues doivent être munies de freins ; en actionnant un frein, il est plus facile de pivoter le lève-personne autour de cet axe. De plus, lors du dépôt dans le fauteuil, le patient est placé correctement au fond du fauteuil si le frein est mis en place et le lève-personne bien positionné.

Toiles

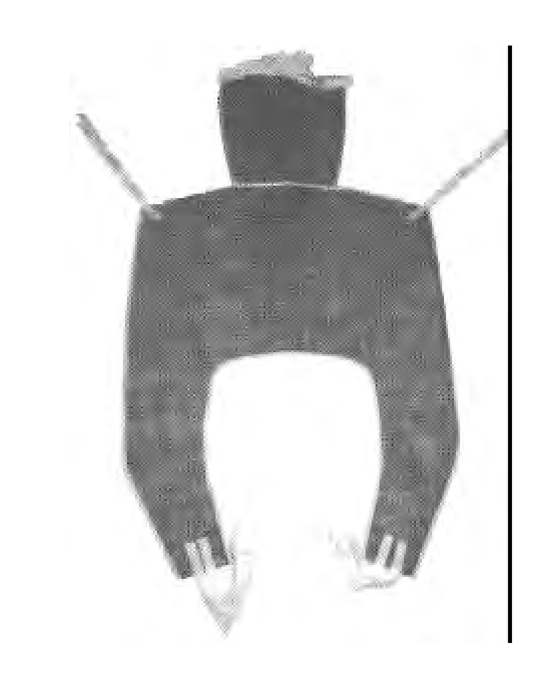
Les toiles ne sont pas toujours appropriées aux caractéristiques de la clientèle ; elles peuvent être trop petites ou d'un modèle qui cause de l'inconfort au patient. De plus, une toile inappropriée peut être plus difficile à installer pour les soignants et entraîner une résistance à utiliser les lève-personne de la part des patients et du personnel.

Certaines toiles sont usées et en mauvais état ; s'il y a rupture de la toile, cela entraîne la chute du patient avec ses conséquences. La quantité et les modèles de toile disponibles peuvent influencer l'utilisation du lève-personne.

Les modèles de toile « deux pièces », une pièce qui passe dans le dos et sous les bras et une autre pièce sous les cuisses, ne sont pas adéquats pour les patients hypotoniques ; le poids est supporté pour une bonne part sous les aisselles et cela peut créer de la douleur. Si la toile est mal installée, il y a danger que le siège d'un patient très hypotonique glisse entre les deux pièces de tissus.

Les toiles hamacs doivent être bien installées car, si la partie inférieure du hamac est placée trop haute, le patient peut glisser hors de la toile lors de son soulèvement. De plus, ce type de toile doit demeurer sous le patient à la suite du transfert, car il faudrait le soulever pour enlever la toile, manœuvre qu'il faut éviter.

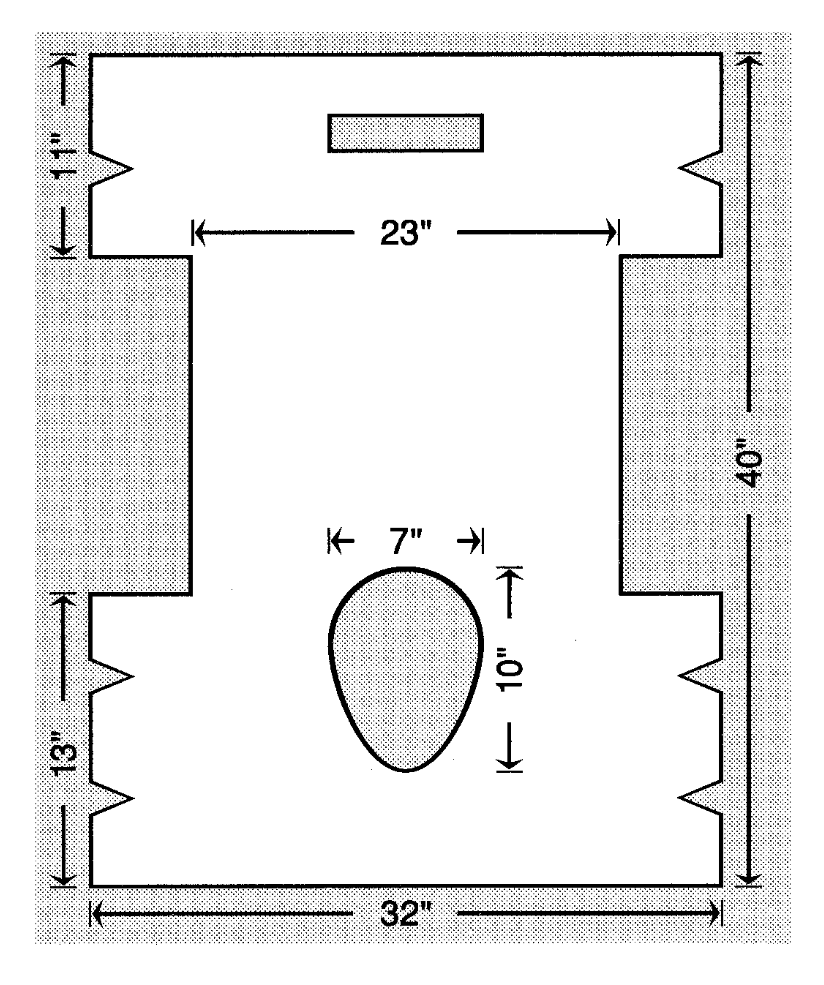
L'éventail de toiles disponibles sur le marché s'est grandement amélioré au cours des dernières années. Plusieurs compagnies fabriquent des toiles sur mesure, selon les caractéristiques du patient et cela ici même au Québec. Les tailles peuvent varier de extra petit jusqu'à très grand. Le modèle de toile très populaire est la toile à double cuissarde ; l'avantage principal de cette toile est qu'elle peut être installée chez un bénéficiaire assis, sans qu'il soit nécessaire de le soulever. Ainsi, le patient n'est plus obligé de demeurer assis sur sa toile lorsqu'il est transféré au fauteuil. Les cuissardes peuvent être installées de trois différentes façons : non croisées, croisées et glissées sous les deux jambes du patient. L'écartement des membres inférieurs est important lorsqu'elles ne sont pas croisées ; le croisement des cuissardes augmente le confort des patients. Deux principaux modèles de toile à double cuissarde sont sur le marché, le modèle universel et le modèle qui ressemble plus à un hamac et qui offre un meilleur support au patient. Les patients se disent plus confortables lorsque les cuissardes du modèle universel sont conçues avec un léger arrondi plutôt que droite ; cela évite la formation de plis sous les cuisses du patient. Pour l'autre modèle, qui ressemble davantage à un hamac, la toile est plus facile à installer lorsque les cuissardes sont plus longues.





Toiles pour lève-personne
Source : publicité de la compagnie S.N. BERNIER INC.

La toile hamac est une toile d'une pièce dans laquelle est suspendu le patient ; celle-ci peut être munie d'une ouverture pour l'utilisation à la toilette et aussi d'un appuie-tête pour les patients qui n'ont pas leur contrôle de tête. Ces toiles offrent un meilleur support pour les patients hypotoniques mais il n'est pas possible d'enlever la toile quand le patient est assis sauf en le soulevant (mouvement à éviter). Chaque patient doit donc posséder sa propre toile. Les toiles deux pièces, une sous les cuisses et l'autre dans le dos, sont peu utilisées et offrent un moins bon confort et support pour le bénéficiaire.



Toile hamac pour lève-personne

Différents mécanismes permettent de fixer la toile sur le lève-personne. Il est possible d'utiliser des chaînes ou des courroies de tissu munies d'anneaux ; les chaînes procurent quatre points d'attache tandis que les courroies de tissus en fournissent six. Ces types d'attache sont de moins en moins utilisés.

Les toiles plus récentes sont munies de boucles qui doivent être accrochées directement sur le support pivotant ou au moyen de pièces métalliques fixées sur le support pivotant. Ces toiles avec boucles sont plus rapides à installer et selon la longueur des boucles, le patient peut être transféré en position assise ou semi-assise. Les toiles à double cuissarde munies de boucles peuvent aussi bien être utilisées pour un patient qui a subi une chirurgie à la hanche que pour un patient amputé aux membres inférieurs. En effet, la position des cuissardes (croisée ou non) et les boucles utilisées (grandes ou petites) permettent de transformer la toile en hamac ou d'empêcher l'adoption de positions contre-indiquées pour certains patients. Le patient est en position semi-assise lorsque les boucles sont plus longues dans le dos et plus courtes au niveau des cuisses. Différents essais au niveau de la longueur des boucles et de leurs points d'attache permettront de déterminer les positions les plus confortables selon les patients.

Une évaluation des besoins de toiles, en quantité et en qualité, doit être effectuée en tenant compte des caractéristiques des patients (taille, handicap) et des fonctions prévues (bain, transfert au lit, etc.). Plusieurs établissements de soins de longue durée privilégient l'achat d'une toile pour chaque patient ; ainsi on élimine les problèmes d'hygiène reliés aux patients incontinents.

Les toiles doivent être vérifiées à chaque lavage et idéalement à chaque utilisation afin d'y détecter toute défaillance, usure ou bris dans les tissus. La revue « On the safe side »[16], publiée par « The Health Care Occupational Health and Safety Association », a déjà rapporté une chute de patient provoquée par la rupture d'une toile. Donc, toute toile présentant une faiblesse dans le tissu doit être immédiatement remplacée.

État de l'équipement

Très souvent aucun entretien des équipements n'est effectué, ce qui entraîne l'utilisation de lève-personne et de toiles en mauvais état, ce qui représente des risques d'accident (fuites d'huile, toiles usées, bruit, bandes

de roulement abîmées, ouverture du crochet dans lequel s'insère le support pivotant, etc.). Ces bris peuvent entraîner des efforts supplémentaires lors de la manipulation et des dangers de chute pour les patients s'il y a rupture de la toile ou bris de pièces.

Pour assurer une utilisation sécuritaire des lève-personne, ceux-ci devraient être inspectés et entretenus régulièrement. Certains accidents qui ont mis le patient en danger et qui ont même entraîné le décès des patients auraient pu être évités si des procédures d'inspection et d'entretien des équipements avaient été en place.

Le personnel doit signaler toute défectuosité ou mal fonctionnement du lève-personne. L'entretien doit être effectué par une personne ayant reçu l'entraînement à cet effet ; il peut s'agir d'une personne de l'établissement ou du personnel de la compagnie qui le vend par le biais d'un contrat d'entretien.

Chaque appareil doit être inscrit dans un registre ; la date d'achat, le numéro de série et les dates de chacune des vérifications et réparations effectuées de même que l'identification des pièces remplacées doivent être indiqués. Chaque vérification doit être effectuée selon les spécifications du fabricant ; une évaluation de la capacité de soulèvement doit être faite après chaque réparation majeure.

Utilisation du lève-personne

Trop souvent, le poids du bénéficiaire est le seul critère considéré pour recommander l'utilisation du lève-personne[17]. Pourtant ce n'est pas le seul. Les principes enseignés dans le cours « Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires » (PDSB) précisent que le travailleur doit glisser, rouler ou faire pivoter le patient plutôt que le soulever. Ceci nous fournit une première indication : lorsque, à l'évaluation du patient, il est constaté que ses caractéristiques et ses capacités ne permettent pas de le glisser, rouler ou faire pivoter, alors il devient indiqué d'utiliser le lève-personne. Il ne faut plus soulever manuellement un bénéficiaire même si le transfert est effectué par deux personnes.

De plus, certaines fausses croyances existent encore concernant l'utilisation du lève-personne. Par exemple, celui-ci ne doit pas être utilisé sur une unité de réadaptation, compte tenu de son objectif d'autonomie du

bénéficiaire. Ce n'est pas le cas ; très souvent, à l'arrivée du patient, ses capacités ne lui permettent pas de participer à ses transferts et pour certains patients, ce ne sera pas possible même en fin de réadaptation. L'usage du lève-personne devient alors une pratique reconnue.

Il en va de même des patients ayant subi une chirurgie à la hanche et qui ne peuvent avoir une flexion importante à la hanche. L'éventail de toiles maintenant disponibles sur le marché, telles que les toiles à double cuissarde avec boucle, n'empêchent plus l'utilisation du lève-personne.

Donc, peu importe le poids du patient, lorsque celui-ci ne peut plus être pivoté, glissé ou roulé, lors d'un transfert ou d'une mobilisation, le personnel doit alors privilégier le lève-personne pour réaliser le déplacement.

L'ASSTSAS reçoit souvent des demandes concernant le nombre de personnes requis pour manipuler un lève-personne. Les patients pour lesquels le lève-personne est utilisé sont des personnes en perte d'autonomie importante qui requièrent souvent l'aide de deux intervenants pour les manipulations au lit et les soins d'hygiène. L'installation de la toile du lève-personne, même une toile à double cuissarde, demande une certaine manipulation du patient et celle-ci est grandement facilitée lorsqu'elle est réalisée par deux soignants. De plus, la présence de deux personnes rend moins difficile le pivotement du lève-personne en charge ; une pousse le lève-personne pendant que l'autre oriente la direction et rassure le patient en même temps.

Les circonstances où la manipulation du lève-personne par un seul intervenant est moins à risque, c'est lorsque le patient est très coopératif, n'a aucun mouvement involontaire ni spasme et qu'il est transféré du lit à un fauteuil placé à proximité du lit ; de plus, l'espace doit permettre une manipulation aisée du lève-personne. Le lève-personne sur rail est aussi moins exigeant à utiliser, malgré tout, l'intervenant doit mobiliser le patient pour installer la toile.

En conclusion, il est recommandé que les transferts en lève-personne soient exécutés par deux soignants ; il est alors possible de respecter les principes de sécurité lors de l'installation de la toile, cela prend moins de temps et le déplacement du lève-personne en charge est moins exigeant et beaucoup plus sécuritaire.

Sélection du lève-personne

Afin que le lève-personne réponde le plus adéquatement aux besoins des utilisateurs et des patients, la démarche suivante doit être entreprise avant de procéder à l'achat :

- ❑ identifier les types de transfert qui seront effectués au moyen du lève-personne (relever du sol, transférer lit ↔ fauteuil, transférer à la baignoire, transférer à la table de rayons X, etc.) ;
- ❑ identifier les caractéristiques de la clientèle qui sera éventuellement transférée à l'aide d'un lève-personne : poids, tonus, handicap, comportement, etc. ;
- ❑ vérifier l'espace disponible dans les pièces où il sera utilisé et prendre les mesures nécessaires ;
- ❑ vérifier les dimensions et les caractéristiques des équipements avec lesquels il peut être utilisé (hauteur des lits, espace de dégagement sous le lit ou la baignoire, largeur des fauteuils, hauteur des tables de travail « physiothérapie, radiologie », etc.) ;
- ❑ comparer ces mesures et ces caractéristiques avec les modèles de lève-personne disponibles sur le marché, en tenant compte de vos critères de choix (sécurité, qualité, coût) et faire une première sélection ;
- ❑ procéder à l'essai des lève-personne présélectionnés pour une période d'environ un mois. Bien informer le personnel des objectifs, du déroulement de l'essai et les former à leur utilisation ;
- ❑ dresser l'inventaire des avantages et des inconvénients de chacun des lève-personne selon les commentaires du personnel et des patients ;
- ❑ procéder au choix final.

La formation du personnel est une étape essentielle lors de l'acquisition de tout nouvel équipement. Une démonstration par une personne compétente doit être suivie d'une séance pratique supervisée où le personnel aura à jouer le rôle de bénéficiaire et celui de démonstrateur.

Lève-personne sur rail au plafond

Au Québec, la technologie des lève-personne sur rail est récente [18, 19, 20] ; les problèmes reliés à leur utilisation sont moins nombreux que ceux des lève-personne mobiles. Il en existe deux catégories, les appareils fixes au plafond et les appareils portatifs. Parmi les quelques problèmes rencontrés, nous pouvons noter une disponibilité moindre en ce qui concerne le modèle portatif ; celui-ci n'est pas toujours présent dans la pièce au moment où son usage est requis. Ce modèle implique donc des tâches supplémentaires et du temps pour entreposer l'appareil, le transporter, l'accrocher au plafond et le décrocher. Cette tâche peut représenter un danger de blessure aux membres supérieurs si le personnel soulève le moteur au-dessus des épaules pour l'accrocher ; il y a aussi le risque d'échapper le moteur sur les pieds ou sur le bénéficiaire. Il est arrivé à quelques reprises que des batteries deviennent à plat en cours de transfert mais des améliorations sont en cours afin d'éliminer ce problème.

Selon une étude de l'ASSTSAS[20] réalisée auprès d'utilisateurs, ceux-ci ont noté le danger que le bénéficiaire se frappe la tête sur la structure du lève-personne car le moteur est situé à la hauteur du visage du bénéficiaire ; ce problème est présent en particulier sur un modèle portatif. Le personnel a mentionné que certains bénéficiaires semblent inquiets parce qu'ils sont suspendus dans le vide mais cette sensation s'estompe avec l'usage. La vitesse horizontale de déplacement est généralement considérée comme satisfaisante ; par contre, la vitesse verticale est parfois considérée comme lente particulièrement pour un modèle portatif.

L'installation d'un lève-personne sur rail au plafond est la solution la plus avantageuse lorsqu'une aide mécanique est requise dans un espace restreint puisqu'il n'occupe aucun espace au sol. Le rail peut être installé dans une chambre, une salle de bain et même relier la chambre et la salle de toilette. Les lève-personne sur rail sont équipés de commandes électriques pour la montée et la descente ; selon le modèle, les déplacements latéraux peuvent s'effectuer manuellement ou au moyen d'une commande électrique. Avant de procéder à l'installation d'un lève-personne sur rail au plafond, il est important de s'assurer que la structure du plafond peut supporter un tel système.

Le modèle fixe demeure dans la pièce où il est installé ; il peut donc être utilisé pour un seul patient (chambre simple) ou pour plusieurs

(chambre à deux, trois ou quatre lits et salle de bain). En ce qui concerne le modèle portatif, le moteur peut être déplacé d'une chambre à l'autre, selon les besoins ; il suffit que chaque chambre soit équipée d'un rail dont la longueur peut varier de 1,80 m (6 pi) à 4,70 m (16 pi). Un établissement, selon les moyens dont il dispose et selon les caractéristiques de sa clientèle, peut s'équiper de modèles fixes dans certaines chambres et salles de bain et installer des rails dans d'autres chambres et alors acheter des modèles portatifs, un par équipe de soins par exemple. Le modèle portatif est moins dispendieux mais il doit être transporté sur un chariot et le personnel doit éviter de soulever le moteur à bout de bras pour le fixer au rail ; un système de crochet est disponible pour réaliser cet accrochage de façon sécuritaire.

Ce type d'installation diminue les pertes de temps associées à la recherche du lève-personne mobile et tous les efforts requis pour le déplacer et le pivoter. Il est important de rappeler que l'effort le plus important dans la manipulation d'un lève-personne mobile est le pivotement de celui-ci en charge ; cette activité représente des dangers d'accident au dos et aux membres supérieurs. Le lève-personne sur rail au plafond élimine complètement ce danger de même que tous les déplacements de mobilier nécessaires lors de l'utilisation du lève-personne mobile dans un espace restreint ou dans des chambres à plusieurs lits.

Les résultats d'une étude[20] de l'ASSTSAS sur les lève-personne sur rail révèlent que ceux-ci sont utilisés pour les transferts habituels (lit/chaise roulante ou gériatrique) mais aussi pour peser les bénéficiaires, les relever du sol à la suite d'une chute. D'autres les utilisent pour rehausser le bénéficiaire dans son fauteuil et même pour le remonter à la tête du lit. Les résultats de l'étude ont aussi démontré que les réactions du personnel et des bénéficiaires sont très positives face à cet équipement et qu'ils préfèrent, de façon très marquée, les lève-personne sur rail aux lève-personne mobiles. Les principales raisons d'un tel choix sont que ceux-ci sont peu encombrants, simples à utiliser, stables, sécuritaires et confortables pour le bénéficiaire, peu forçants, sécuritaires et agréables pour le personnel et rapides à utiliser. Dans un établissement, l'installation d'un lève-personne a permis de donner des bains réguliers à tous les bénéficiaires alors que 75 % d'entre eux ne bénéficiaient que de toilette au lit à cause de l'exiguïté de la salle de bain.

En ce qui concerne les toiles, celles-ci sont très semblables à celles des lève-personne mobiles. Certains mentionnent qu’elles compriment les bénéficiaires, empêchent l’ajustement des vêtements et ne couvrent pas les parties génitales. Des améliorations sont donc nécessaires à ce niveau. De plus, le personnel dans les milieux constatent qu’il serait avantageux que chaque bénéficiaire possède sa toile personnelle. Les bénéficiaires apprécient beaucoup le lève-personne sur rail parce qu’il facilite les tâches des soignants, leur donnant ainsi l’impression qu’ils sont moins à la charge d’autrui ; de plus, certains bénéficiaires peuvent même l’actionner eux-mêmes.

Dans les établissements où plusieurs lève-personne sur rail sont installés, des réductions des accidents du travail et de jours indemnisés ont été constatées. Même si le lève-personne sur rail est plus dispendieux à l’achat, son incidence sur les accidents du travail en fait un élément très avantageux à considérer. De plus, des gains de productivité ont été constatés ; ceux-ci sont dus à deux facteurs : la rapidité d’utilisation et le fait qu’il est souvent manipulé par une seule personne. Il est donc pensable d’autofinancer l’installation de ce genre d’équipement. Pour en savoir davantage sur les lève-personne sur rail, vous pouvez consulter un dossier complet sur le sujet dans le journal *Objectif prévention*, vol. 17, nº 2, 1994.



Lève-personne sur rail au plafond
Source : publicité de la compagnie MARKA.

Chaises d’aisance ou de douche

Les chaises d'aisance sont utilisées pour amener les bénéficiaires à la salle de toilette, à la douche ou pour leur permettre de satisfaire leurs besoins d'élimination dans la chambre. Nous pouvons retrouver cette situation lorsque les chambres ne possèdent pas de salle de toilette ou lorsque l'espace dans la salle de toilette et la largeur de la porte ne permettent pas d'amener un patient en fauteuil roulant dans la salle de toilette. Il peut arriver que le fauteuil roulant entre dans la salle de toilette mais que le personnel doive travailler dans des postures défavorables pour réaliser le transfert à la toilette. Les chaises d'aisance, de plus petites dimensions, peuvent être amenées au-dessus de la toilette et cela ne nécessite pas de transfert supplémentaire ; de plus, le patient est transféré sur la chaise d'aisance dans la chambre, là où l'espace plus vaste permet l'utilisation des principes de sécurité.

Les problèmes de sécurité sur les chaises d'aisance sont les mêmes que ceux rencontrés avec le fauteuil roulant ou tout autre fauteuil sur roulettes :

- appuie-bras fixes ;
- repose-pied fixes ;
- absence de roue directionnelle ;
- freins inefficaces ou défectueux ;
- roues usées et sales ;
- etc.

Les conséquences de ces différents problèmes sont les mêmes que ceux concernant les autres types de fauteuils. Il faut cependant ajouter celui de la hauteur. Les chaises d'aisance doivent être placées au-dessus de la toilette lors de l'utilisation ; toutefois il arrive que la hauteur de la chaise d'aisance soit trop basse par rapport à la toilette ; cette situation se retrouve principalement avec les toilettes pour handicapés dont la hauteur se situe à 45 cm (18 po). Cela nécessite la vidange de la bassine par le personnel et cela peut créer une certaine gêne chez le bénéficiaire ; il serait avantageux que le patient puisse satisfaire ses besoins directement dans la toilette et cela en toute intimité dans la salle de toilette et non dans la chambre.

L'utilisation de la chaise d'aisance peut régler à court terme les problèmes liés aux espaces restreints et aux portes étroites dans les salles de toilette ; nous savons tous qu'une adaptation des salles de toilette pour un accès par une clientèle en fauteuil roulant ne peut être réalisée en une semaine.

Cependant, pour faciliter l'utilisation en toute sécurité de cet équipement, celui-ci doit posséder certaines caractéristiques :

- sur roulettes afin que le patient puisse être amené directement à la salle de toilette ;
- les roues pivotantes pour faciliter le déplacement en espace restreint ;
- au moins une roue pouvant devenir directionnelle pour faciliter le déplacement dans les corridors ;
- freins à pédales efficaces pour immobiliser la chaise ;
- repose-pied amovibles ou pivotants pour permettre la proximité du soignant et diminuer les risques de chute et d'accrochage du patient ;
- appuie-bras amovibles pour faciliter les glissements lors des transferts et diminuer les obstacles pour les transferts ;
- hauteur compatible avec la toilette permettant d'être placée au-dessus de celle-ci ;
- en bon état et propre pour en faciliter une utilisation sécuritaire ;
- disponible en quantité suffisante selon les besoins de la clientèle.

Barres d'appui

Deux problèmes principaux se rencontrent en ce qui concerne les barres d'appui : leur absence ou leur emplacement inadéquat ne facilitant pas leur utilisation.

Certains patients présentant une faiblesse dans les membres inférieurs ou des problèmes d'équilibre pourraient participer davantage à leur transfert à la toilette ou à la baignoire s'ils s'aidaient avec leurs membres supérieurs soit en poussant ou en tirant sur les barres d'appui. Lorsqu'elles sont absentes, le personnel doit fournir plus d'assistance au bénéficiaire pour réaliser le transfert. Dans d'autres circonstances, les barres d'appui

sont présentes mais leur emplacement (vers l'arrière du siège de toilette, sur un mur latéral trop éloigné, etc.) empêche le patient de les utiliser. Les barres d'appui sont plus souvent situées dans les salles de toilette et les salles de bain, mais leur usage peut être requis dans d'autres lieux (ex. : chambre), là où elles favorisent la participation du bénéficiaire à ses soins.

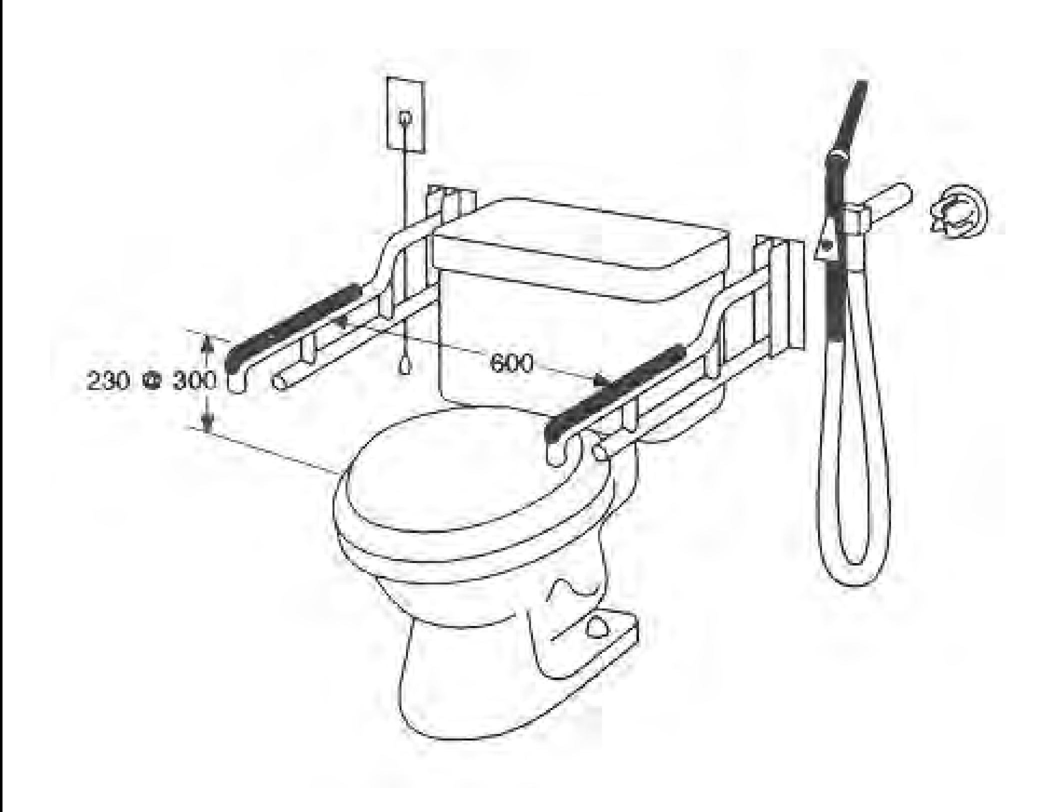
Différents modèles de barres d'appui existent sur le marché ; certaines sont horizontales, d'autres verticales, obliques, en « L », etc. Elles peuvent être fixées sur un mur latéral à la toilette, sur le mur arrière, fixées au plafond et au plancher, avoir un point de fixation au mur et un appui au plancher, etc. Des modèles pivotent vers le haut ou latéralement lorsque leur usage n'est pas requis ; d'autres sont fixés sur le siège de toilette.

Nous pouvons donc constater que le choix concernant les barres d'appui est vaste et que cette situation peut même compliquer la décision de privilégier un modèle en particulier. Il est nécessaire de bien évaluer l'environnement où sera utilisée la barre d'appui de même que la clientèle qui l'utilisera avant de choisir le modèle et de déterminer son emplacement.

Le répertoire des normes et procédures du ministère de la Santé et des Services sociaux pour la construction des établissements[21] apporte peu de précision : « les barres d'appui et mains courantes doivent être de matériaux durables et à l'épreuve des taches. Leur forme et leurs dimensions seront de prise facile et solide pour la main. Les mains courantes se fixent à une hauteur de 80 à 92 cm (31,5 à 36 po) du sol et sont éloignées du mur de 4,5 cm (2 po) afin de permettre à l'usager de lâcher prise sans se prendre la main ou le poignet à l'arrière. Toutes les barres d'appui, mains courantes et attaches doivent pouvoir supporter une charge de 135 kilos (297 lb) appliquée latéralement et verticalement en un même endroit ».

Lorsque la toilette n'est pas située près d'un mur latéral, la solution demeure l'installation de barres d'appui fixées au mur derrière la toilette et qui sont pivotantes ; selon les modèles, elles peuvent se pivoter vers le haut ou latéralement selon l'espace disponible. Ces barres d'appui sont horizontales et certaines ont aussi un point d'appui au sol, augmentant ainsi la solidité de la barre ; elles doivent être fixées à la hauteur d'un accoudoir soit environ 23 cm (9 po) au-dessus du siège de toilette selon la SCHL[22] et 22,5 cm (8,75 po) selon Goldsmith [23] et écartées d'environ 60 cm (24 po).

Certains auteurs[22, 23, 24, 25, 26] et compagnies précisent que la hauteur de barres d'appui horizontales se situe entre 75 cm (29,5 po) et 82 cm (32 po). En institution, il devrait y avoir des barres d'appui de chaque côté de la toilette puisque la clientèle peut présenter des atteintes des deux côtés. Pour utiliser ce modèle de barres d'appui, le patient doit pousser avec ses membres supérieurs sur la barre afin de se relever. L'avantage de ces barres d'appui est qu'elles peuvent être relevées ou pivotées latéralement lorsque leur usage n'est pas requis, permettant ainsi au personnel de se rapprocher du patient.



Barres d’appui pivotantes

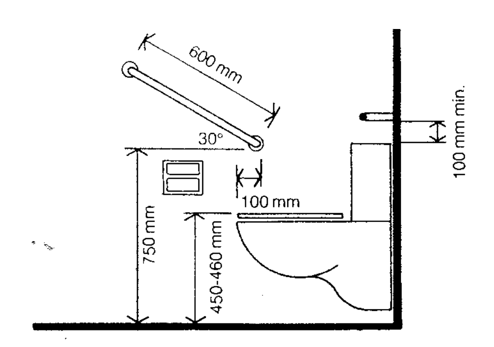
Ce modèle de barres d'appui est aussi avantageux dans les salles de toilette accessibles par deux chambres et dont les portes sont situées latéralement à la toilette. Actuellement, nous constatons que les barres d'appui obliques sont placées latéralement sur les murs, mais vers l'arrière du siège de toilette rendant leur utilisation impossible par la clientèle ; l'emplacement des portes empêche d'installer les barres latéralement sur les murs, mais vers l'avant du siège de toilette.

Lorsque la toilette est placée près d'un mur latéral, plusieurs dispositions et modèles de barres sont possibles : en « L », horizontales, obliques, verticales, obliques-horizontales. Lorsqu'elles sont horizontales, le patient doit pousser sur la barre d'appui alors qu'il doit tirer si elles sont verticales et obliques. Une barre en « L » et une barre oblique-horizontale offrent les deux possibilités, soit de tirer ou de pousser.

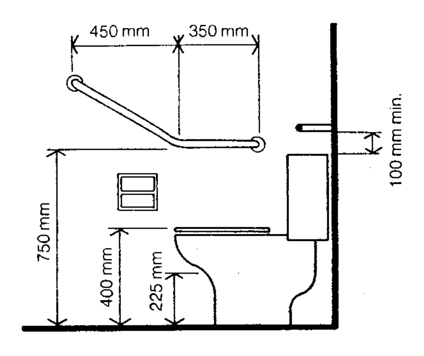
Selon le document Accès cible[24], la hauteur de l'extrémité inférieure doit se situer de 61 à 76 cm (24 à 30 po) selon la clientèle. La Société centrale d'hypothèque et de logement (SCHL), dans son volume « Logements pour handicapés »[25] recommande que la hauteur inférieure d'une barre d'appui oblique (30º par rapport à l'horizontale) soit à 75 cm du sol (29,5 po) pour une toilette de 45 - 46 cm (18 po) ; dans son document « Centres d'hébergement et pensions surveillées pour personnes âgées »[22], la SCHL recommande que la hauteur inférieure de la barre d'appui oblique soit à 68 cm (26,75 po) du sol.

Finalement, la façon la plus efficace de déterminer l'emplacement d'une barre d'appui est souvent de s'asseoir sur le siège de toilette et de faire l'essai soi-même ; si nous sommes incapables de l'utiliser, ce sera la même situation pour le patient. Il est aussi nécessaire que celles-ci soient fixées très solidement au mur.

Un modèle de barre d'appui verticale fixé au plafond et au plancher est maintenant disponible sur le marché ; celle-ci peut être particulièrement utile dans la salle de bain pour faciliter l'entrée et la sortie du patient hors de la baignoire. Trop souvent les barres verticales sont placées trop près des bénéficiaires et rendent difficiles leur utilisation. Avec ce système de barre, il est possible de déterminer l'emplacement idéal à son utilisation maximale.

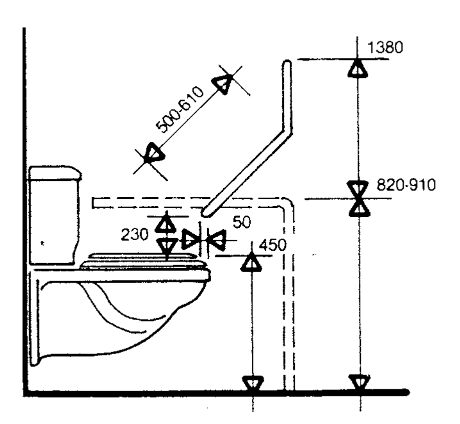


Toilette en porte-à-faux avec barre d'appui



Toilette conventionnelle avec barre d'appui

Source : SCHL. Tiré de *Logements pour les handicapés*, 1975, p. 38.



Deux modèles de barres d'appui

Source : SCHL. Tiré de *Centres d'hébergement et pensions surveillées pour personnes âgées - Lignes directrices de conception*, 1979, p. 66.

Petits bancs

Les petits bancs sont de moins en moins présents dans les établissements et c'est tant mieux puisqu'ils étaient source de chute pour les patients. Leur usage est encore requis avec des lits hauts pour le retour du patient dans son lit.

Ces bancs présentent parfois des problèmes de stabilité à cause de leur base trop petite par rapport à la surface d'appui ou parce que les caoutchoucs sous les pattes sont absents, fissurés ou brisés. De plus, la surface d'appui n'est pas toujours antidérapante et, si elle l’est, elle est parfois décollée.

Ces bancs devraient être éliminés dans la mesure du possible. Lorsqu'ils sont nécessaires, ils doivent être stables, c'est-à-dire que la base d'appui au sol doit être plus grande que la surface d'appui ; celle-ci doit être recouverte d'une surface antidérapante. Chacune des pattes doit être recouverte d'un caoutchouc en bon état.

Lorsqu'ils ne sont pas en usage, ils doivent être rangés dans un endroit approprié afin que le personnel ne risque pas de s'y frapper et de faire une chute. Il en existe de différentes grandeurs et certains sont munis d'une rampe ou d’un appui.

Literie

Dans les établissements de santé, différents systèmes sont utilisés pour la réfection des lits : les draps plats avec une alèse, les trois alèses avec un piqué, les draps housses (contour) avec et sans piqué, etc. Il n'est pas toujours évident que le choix de la literie utilisée peut influencer les méthodes de travail et les accidents du travail ; cependant c'est le cas.

Les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires véhiculés dans la session PDSB privilégient le glissement des patients plutôt que leur soulèvement, l'effort de glissement étant moindre et les dangers de blessure au dos et aux membres supérieurs diminués. Cependant, un des arguments contre cette pratique est que le lit se défait et le travailleur est obligé de refaire le lit à chaque remontée à la tête du lit ou à chaque repositionnement ; cela nécessite du temps et des manipulations supplémentaires qui réussiront souvent à convaincre le travailleur de continuer à soulever le patient. L'étude, réalisée en 1984 par Mme Monique

Lortie[3] sur le travail de préposés aux bénéficiaires dans un hôpital de soins prolongés, a démontré que 50 % des accidents du travail étaient associés au lit et que 13 % étaient associés au matériel utilisé au lit.

Les draps plats, utilisés actuellement, de même que le système des trois alèses, institué pour éviter de changer tout le lit sont deux systèmes qui rendent plus difficiles l'utilisation du principe du « glisser » plutôt que du « soulever ».

Par contre, l'utilisation de draps-housses permet le glissement sans que le lit soit défait. D'autres avantages sont soulignés par le personnel utilisateur ; la confection du lit comportant moins d'étapes, il en résulte une économie de temps pour le personnel infirmier. De plus, comme les draps s'ajustent parfaitement au matelas, cela donne une apparence beaucoup plus esthétique et diminue la fréquence de changement des lits ainsi que des postures et des efforts qui y sont associés.

Ces draps présentent une élasticité qui permet leur utilisation avec un matelas coquille et augmentent le confort du bénéficiaire puisqu'il n'y a pas de faux plis. Dans un établissement où le système a été implanté[27], l'expérience a permis des économies à la buanderie et une meilleure qualité de vie pour le personnel (ces draps ne devant plus aller à la calandre), une diminution du vol de couvertures thermales et une réduction du volume de linge lavé. Cette réduction est causée par trois éléments : la nécessité de moins d'articles pour faire un lit, le poids inférieur des draps-housses à celui des draps conventionnels et la diminution de la fréquence de changement des lits.

Cependant, deux inconvénients ont été mentionnés : l'augmentation du temps de séchage et les déchirures dans le tissu lorsque les cloches d'appel sont fixées sur les draps, ceux-ci étant en tricot de coton, donc plus fragiles. Malgré ces deux désavantages, le personnel de l'unité mentionne qu'il ne voudrait jamais retourner à l'ancien système.

Les piqués et les alèses sont souvent utilisés pour remonter le patient à la tête du lit ; ainsi les travailleurs ont une bonne prise et le transfert est plus facile à réaliser. Cependant, il existe deux types de piqués : l'un à envers antidérapant et l'autre, à envers plus glissant. Pour favoriser le glissement du patient, il est nécessaire d'acheter des piqués à envers plus

glissant, afin de diminuer le frottement entre le piqué et le drap. La plupart des compagnies offre les deux types de piqués.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *La main-d'œuvre en soins infirmiers, annexe II : facteurs d'influence sur la structure occupationnelle en soins infirmiers*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1987.

[2] TEYSSIER-COTTE, C. *Les lits dans les établissements de soins, études ergonomiques*, *Documents pour le médecin du travail*, n° 29, INRS, 1er trimestre 1987.

[3] LORTIE, Monique. *Le travail de préposés aux bénéficiaires dans un hôpital de soins prolongés*, École polytechnique de Montréal, 1984.

[4] BUREAU DE NORMALISATION DU QUÉBEC. *Norme sur le lit d'hôpital à commandes manuelles* (NQ 6641-120), 1992.

[5] VILLENEUVE, Jocelyn. *Des lits manuels ou 1 440 tours de manivelle par jour*, Objectif prévention, été 1990, p. 13.

[6] PHEASANT, Stephen. *Some anthropometric aspects of work station design*, International Journal Nurses, vol. 24, n° 4, 1987, p. 219-298.

[7] LEAN, LGI. *Prevalence of back pain, patient bed height study*, Safety in Australia, déc. 1991.

[8] NESTOR, David. *Hospital bed design and operation - effect on incidence of low back injuries among nursing personnel*, Ergonomics/human factors V, 1988, p. 729-740.

[9] GALLANT, Claude et Rose-Ange PROTEAU. *Les civières pour rouler en sécurité*, Objectif prévention, hiver 1993, p. 10-23.

[10] LAMARCHE, Robert. *Les fauteuils roulants*, Protégez-vous, août 1991, p. 14-21.

[11] VILLENEUVE, Jocelyn. *Fauteuils gériatriques : évaluation et choix*, Objectif prévention, automne 1989, p. 18-20.

[12] BELL, F. *Ergonomics aspects of equipment*, International Journal of Nurses, vol. 24, n° 4, 1987, p. 331-337.

[13] TAKALA, E.P. et R. KUKKONEN. *The handling of patients on geriatric wards*, Applied Ergonomics, mars 1987, p. 17-22.

[14] PREZANT, B., P. DEMERS, et K. STRAND. *Back problems, training experience and use of lifting aids among hospital nurses*, Ergonomics/Human factors, 1987, p. 839-846.

[15] DIFFRIENT *et al*. *Human scales,* Massachussets Institute of technology, 1981.

[16] HEALTH CARE OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY ASSOCIATION, *On the safe side*, vol. 11, nº 11, novembre 1991.

[17] MORISSETTE, L. *Le lève-personne : strictement pour les personnes obèses?,* Objectif prévention, hiver 1992-1993, p. 43-44.

[18] VILLENEUVE, J. *Le lève-patient électrique sur rail fixé au plafond, une alternative prometteuse,* Objectif prévention, été 1991, p. 27-28.

[19] POULIOT, G. *Au centre d’accueil Manoir Verdun, un exemple à suivre,* Objectif prévention, été 1991, p. 29-30.

[20] VILLENEUVE, J., P. GOUMAIN et D. ELABIDI. *Le lève-personne sur rail : outil de travail indispensable?,* Objectif prévention, vol. 17, nº 2, 1994, p. 12-40.

[21] GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Guide d’élaboration d’un programme fonctionnel et technique, Répertoire des normes et procédures, Direction de la construction, Service d’expertise et de normalisation,* ministère de la Santé et des Services sociaux, vol. 05.02.01, 1995, p. 34.

[22] SOCIÉTÉ CANADIENNE D’HYPOTHÈQUE ET DE LOGEMENT. *Centres d’hébergement et de pensions surveillées pour personnes âgées*, 1979, 94 p.

[23] GOLDSMITH, Selwyn. *Designing for the disabled*, Third Edition, London, England, 1976.

[24] MARTEL, S. et M. DESART. *Accès cible*, Éditions St-Martin, 1988, 194 p.

[25] SOCIÉTÉ CANADIENNE D’HYPOTHÈQUE ET DE LOGEMENT. *Logements pour handicapés*, Ottawa, 1990, 57 p.

[26] SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUE ET DE LOGEMENT. *Les logements pour personnes âgées : guide de conception*, 1987, 55 p.

[27] THIBAULT, Roger. *Le CHR Mauricie : dans de beaux draps-housses*, Objectif prévention, automne 1991, p. 7-8.

L’organisation du travail

L'organisation, dans une optique de prévention, fait référence à deux éléments : l'organisation des activités de prévention à l'extérieur du département et qui conditionne les activités du département ; de plus, on retrouve l'organisation du travail à l'intérieur de l'unité, qui sont les politiques et procédures existant sur l'unité et qui régissent l'interrelation des autres éléments de la situation de travail.

Nous allons aborder, dans une première partie, les composantes de l'organisation du travail à l'intérieur de l'unité et leurs impacts en santé et en sécurité du travail. Dans une seconde partie, nous aborderons les activités de santé et de sécurité du travail comme structure de prévention au niveau de l'organisation.

Organisation du travail à l’intérieur de l’unité

Sur une unité de soins, l'organisation du travail est l'ensemble des règles et des procédures de même que la manière dont le travail est structuré et planifié afin de permettre à l'unité d'atteindre ses objectifs qui sont de fournir des soins de qualité à une clientèle bien précise selon la vocation de l'unité. Comme ces soins sont donnés 24 heures par jour et 7 jours par semaine, les ressources humaines, matérielles et techniques doivent être suffisantes et bien planifiées de même que l'organisation du temps de travail afin de répondre adéquatement à ces besoins. Les personnes en place ont chacun un rôle à jouer afin d'assurer un bon fonctionnement de l'unité et un lien satisfaisant avec les autres services.

Évidemment, les unités de soins relèvent d'une direction des soins infirmiers où les grandes lignes directrices et les orientations face à la philosophie des soins sont préconisées. De plus, il ne faut pas oublier que les unités sont en lien direct avec les autres services de l'établissement ; d'autres professionnels interviennent sur le département auprès des bénéficiaires, tout comme ceux-ci bénéficient de services ou de soins hors de l'unité.

Au Québec, plusieurs approches de soins sont utilisées actuellement. Les modalités selon le système d'équipe sont rencontrées fréquemment et les soins intégraux se retrouvent majoritairement dans les centres hospitaliers de courte durée, surtout en milieu anglophone. Un même établissement peut même utiliser plusieurs approches selon la vocation de ses diverses unités (voir **annexe 9**).

Cependant, malgré les objectifs et les modalités d'application particuliers à chacune des ces approches, il ne faut pas perdre de vue que l'organisation du travail doit fournir au personnel des conditions qui lui permettent de prodiguer des soins tout en préservant sa santé et sa sécurité personnelle. Nous allons donc aborder dans les pages suivantes des problèmes qui relèvent de l'organisation du travail et qui sont susceptibles d'entraîner des accidents du travail.

Surcharge de travail

Lors du déroulement des projets PAD dans les établissements, nous avons souvent pu constater une surcharge de travail pour le personnel soignant ; cette surcharge peut être causée par plusieurs éléments.

L'insuffisance de personnel sur certains quarts de travail entraîne une surcharge de travail pour le personnel en place. Cette insuffisance peut être causée par le non-remplacement de personnel malade, en congé ou absent pour toute autre raison. Le travail est alors redistribué entre le personnel en place ; la charge de travail est alors augmentée afin de compenser l'absence du collègue et de fournir les mêmes soins aux bénéficiaires. Si l'équipe devient alors en nombre impair, cela rend difficile la réalisation d'un travail d'équipe pour les soins d'hygiène, les transferts ou lors des tournées. Lorsque le travail est effectué par un seul soignant avec une clientèle qui ne peut participer à ses soins et transferts ou dont la collaboration est très partielle, les dangers d'accident sont augmentés.

Le remplacement peut ne pas être effectué à cause d'une directive administrative liée aux contraintes budgétaires, mais cela peut aussi être relié à la difficulté de trouver des personnes disponibles sur la liste de rappel. Sur des départements très spécialisés (soins intensifs, urgence, etc.), il est parfois difficile d'obtenir du personnel de remplacement habilité à travailler dans ces services ; ce problème est souvent plus évident pendant l'été, les périodes de vacances et les congés spéciaux. Pour le

personnel de ces services, c'est tout aussi inefficace de recevoir une infirmière ayant peu d'expérience et qui n'a jamais travaillé en soins intensifs et en urgence ; elles doivent continuellement compenser ses incapacités ou inhabilités et leur charge de travail demeure augmentée malgré tout.

En soins de longue durée, le personnel sur les listes de rappel n'est pas toujours nombreux et souvent ces personnes sont inscrites sur les listes de rappel de plusieurs établissements à la fois ; donc, elles ne sont pas toujours disponibles au moment voulu. Cette situation peut parfois expliquer le non-remplacement.

Dans les centres hospitaliers de courte durée, les besoins en soins infirmiers sont évalués quotidiennement à l'aide de différents systèmes (PRN, Hospital System Study Group, etc.). Ces évaluations ne peuvent évidemment tout prévoir et il arrive que le personnel d'une unité soit surchargé à cause de nouvelles admissions de patients nécessitant beaucoup de soins, de la détérioration de l'état de patients déjà admis, de codes 99 (réanimation cardiorespiratoire), etc. Ces événements peuvent survenir en cours de quart de travail et faire en sorte que le personnel soit débordé et donc plus à risque d'accidents.

En soins de longue durée, les patients sont évalués lors de l'admission et les besoins en heures/soins sont réévalués annuellement ou au besoin, à l'aide des systèmes « Plaisir » (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis) ou CTMSP (Classification par Type en Milieu de Soins Prolongés)[1, 2].

Lorsque les besoins requis sont inférieurs aux ressources actuellement disponibles, cela crée une surcharge de travail pour le personnel. La moyenne d'âge des patients en hébergement est d'environ 80 ans et on constate au cours des dernières années un alourdissement de la clientèle ; comme les ressources humaines sont restées plutôt stables, la charge de travail a augmenté.

Selon le groupe ÉROS (Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé), dans une recherche portant sur « l'alourdissement des clientèles placées dans les programmes offrant des services de longue durée »[3], le taux de satisfaction de la demande de soins est plus élevé dans les centres hospitaliers (96 %) que dans les centres d'accueil (80 %) ; cependant, ces

données doivent être interprétées prudemment à la lumière des remarques sur le caractère relatif des mesures de la demande faites en introduction de leur rapport[3]. Ce taux de satisfaction varie d'une région à l'autre et d'un établissement à l'autre, mais les grilles sont des instruments qui nous permettent de quantifier les besoins et de constater si les besoins sont comblés ou non.

Nous avons pu constater, dans les projets PAD-PRAT, que souvent les accidents surviennent lors des pauses et pendant les heures de repas du personnel. Selon l'organisation du temps de travail et des périodes de repas, il arrive très souvent que la moitié du personnel quitte le département en même temps, pour les pauses ou les repas. Ces périodes peuvent concorder avec des demandes importantes en soins d'alimentation ou de réinstallation pour les patients ; le personnel étant réduit, le travail d'équipe est difficile ou inexistant ce qui peut entraîner une surcharge de travail et l'exécution de tâches d'installation ou de déplacement de patients par un seul soignant même si l'état des bénéficiaires requiert l'aide de deux personnes ; le risque de blessure est alors augmenté. Lorsque l'équipe de soins est déjà en nombre restreint, principalement le soir et la nuit, le problème apparaît encore plus évident.

Lorsqu'il est impossible de trouver des personnes disponibles sur la liste de rappel, il arrive que la personne absente est remplacée par une personne d'une autre catégorie d'emploi, par exemple, une infirmière est remplacée par une infirmière-auxiliaire ou une infirmière-auxiliaire est remplacée par une préposée. Si les tâches ne sont pas redistribuées en fonction du personnel présent, cela peut entraîner une surcharge de travail pour la catégorie de personnel manquant.

L'attribution des bénéficiaires aux différents membres de l'équipe soignante peut être faite sans tenir compte de la lourdeur des cas ni de la distribution géographique des patients. Ceci peut entraîner des pertes de temps importantes en déplacement sur l'unité lorsque le département est grand et que les patients, dont le soignant a la charge, ne sont pas situés à proximité les uns des autres ; il reste encore moins de temps disponible pour dispenser les soins. De plus, lorsque la distribution est faite en fonction du ratio bénéficiaires/soignant seulement, sans considérer la quantité et la complexité des soins requis par le patient, cela peut provoquer une distribution inégale de travail entre les soignants et créer de la surcharge de travail chez certaines personnes.

L'attribution des bénéficiaires doit être établie en tenant compte à la fois de la répartition géographique des chambres et du volume de soins requis par leur état. Cela assure un meilleur équilibre de la charge de travail entre les membres de l'équipe soignante et cela évite les pertes de temps et la fatigue associées au déplacement entre les chambres éloignées du poste de garde. Un meilleur équilibre des charges de travail favorise aussi l'entraide entre les membres de l'équipe et un meilleur climat de travail.

Concentration des tâches

La concentration des tâches à certains moments de la journée peut entraîner des périodes de travail surchargées. On remarque cette situation en avant-midi, lors des soins d'hygiène ; qu'il s'agisse d'une procédure du département ou d'une pratique libre des soignants, les soins d'hygiène sont dispensés à un rythme accéléré sur une période relativement courte de 1,5 à 2 heures. Cela entraîne de la fatigue chez les soignants à la suite d’une demande accrue d'énergie ; cela crée aussi de la tension chez le personnel et entraîne une rapidité dans l'exécution des tâches. À l'examen des statistiques d'accidents, l'ASSTSAS a pu constater une concentration des accidents à ces périodes de travail surchargées : bain en avant-midi, coucher des patients après le souper, tournées la nuit et si, en plus, le personnel se trouve en nombre restreint à ces périodes, le problème est encore plus important. En longue durée, on peut aussi constater des surcharges dues à des activités d'autres services : physiothérapie, ergothérapie, loisir, coiffeuse, podiatre, etc. ; le personnel doit préparer rapidement les patients afin que ceux-ci puissent bénéficier de ces services et très souvent ces activités se déroulent en avant-midi, période déjà surchargée.

Les fins de quart de travail sont aussi considérées comme des périodes de grande activité. Dans les CHCD, le personnel souligne l'arrivée des patients de la salle de réveil en fin de quart de travail comme problématique ; c'est la période de rédaction des dossiers et de la dernière tournée avant le départ. L'arrivée de nouveaux patients et les soins qui s'y rattachent sont des facteurs de stress et de tension chez le personnel au moment où il est le plus fatigué. Les visites médicales et les congés de patients qui s'y rattachent provoquent aussi des périodes de surcharge (fermeture de dossier, enseignement aux patients, transferts, préparation de nouvelles admissions, etc.) ; si en plus, cela survient au moment où le

personnel est en nombre restreint, cela perturbe grandement le déroulement des activités.

Il est très important que la répartition des tâches et l'organisation du temps de travail soient planifiées de façon à éviter les surcharges de travail et les périodes de travail concentrées. L'étalement dans le temps d'activités exigeant beaucoup de manutention permet de diminuer les dangers associés à ces concentrations de tâches. Le personnel exécutera alors les tâches moins rapidement ; l'étalement permettra aussi au personnel d'avoir le temps d'ajuster les équipements, d'exécuter les étapes de préparation et de respecter les principes de sécurité dans l'exécution des tâches et d'assurer une meilleure qualité de vie aux bénéficiaires.

Concrètement, cela peut signifier que des bains soient donnés en après-midi aussi, tout comme cela peut signifier d'étaler les couchers des patients plutôt que d'effectuer plusieurs couchers consécutifs. Ce genre de réaménagement des tâches de bain a été réalisé dans différents établissements et de façon générale, l'expérience est positive. Cependant, avant de procéder à ces modifications, il est nécessaire que tout le personnel et les bénéficiaires soient impliqués et informés adéquatement des objectifs et des modalités d'application. De plus, une période d'essai, incluant des étapes d'évaluation et de réajustement, favorise l'adoption des modalités de fonctionnement sécuritaire satisfaisantes pour toutes les personnes concernées.

Une meilleure communication et une meilleure planification avec les autres services ou intervenants pourraient aider à diminuer la concentration des activités. En longue durée et en hébergement, les activités telles que la visite du podiatre, du dentiste, de la coiffeuse, devraient se dérouler en avant-midi pour les patients autonomes et en après-midi pour les patients non autonomes ; cela éviterait la course contre la montre pour la préparation et les soins d'hygiène des patients ayant besoin d'aide tôt en avant-midi. L'horaire des traitements de physiothérapie, d'ergothérapie ou des activités de loisir devrait être élaboré conjointement avec les intervenants des services et les soignants, en tenant compte des capacités des bénéficiaires et des soins exigés. Le but est d'agencer les tâches de façon à équilibrer le travail et à éviter les périodes achalandées pour le personnel de l'unité.

En soins de courte durée, la planification des transferts interservices et des admissions devrait prévoir l'exécution de ces activités en dehors des périodes de fin et de changement de quart de travail afin d'éviter les courses en fin de quart de travail. Souvent, un transfert à 15 h 55 peut bouleverser le travail et retarder le rapport entre service et nuire à tout le déroulement du service de soirée sans parler du climat de tension et de frustration que cela met en place. Évidemment, il peut toujours y avoir des admissions ou des transferts en urgence mais au moins, quand c'est possible, on devrait pouvoir compter sur une bonne collaboration entre les différents services pour mieux planifier l'arrivée des patients (ex. : salle de réveil et unité de chirurgie).

Les unités de soins sont en relation avec presque tous les services de l'établissement ; le déroulement des activités des unités peut être continuellement perturbé par la présence d'autres personnes sur l'unité et par le fait que des bénéficiaires doivent se déplacer hors du service pour bénéficier de traitements ou pour des examens. La présence d'un service de brancardiers centralisé diminue les pertes de temps dues au déplacement d'un département à l'autre et les interruptions de tâches associées à ces activités ; le personnel soignant peut alors avoir plus de temps disponible pour les soins aux patients.

En conclusion, nous pouvons préciser qu'une organisation du travail qui assure la présence de ressources suffisantes pour répondre à la demande et qui planifie les tâches de façon à équilibrer la charge entre le personnel en place et à l'intérieur de la journée de travail permet de diminuer les dangers d'accident associés à la surcharge de travail et à la concentration des tâches. De plus, la planification du travail et l'exécution de certaines tâches de soins en équipe sont des solutions qui aideront à prévenir les maux de dos reliés à la manipulation et aux transferts des patients.

Tâches autres que celles de soins

Nous avons pu constater que les tâches exécutées par le personnel soignant sont très diverses. Dans certains établissements, les préposés aux bénéficiaires sont utilisés, pour une bonne part, dans l'exécution de tâches de messagerie ou d'entretien de certains équipements ; il reste alors peu de temps pour exécuter des tâches auprès des bénéficiaires. Lorsque le relevé exact des tâches des préposés a été fait dans certains établissements, il a été surprenant de constater que plus du tiers du temps de travail était consacré à des tâches de messagerie.

Cette situation n'existe pas seulement pour les préposés aux bénéficiaires, mais aussi pour les infirmières. De soirée et de nuit, il arrive que des infirmières doivent quitter les soins intensifs ou d'autres services pour aller porter elles-mêmes des prélèvements au laboratoire ; ces pertes de temps reliées à des tâches qui ne relèvent pas de leur responsabilité peuvent entraîner des périodes de surcharge.

En longue durée, le personnel soignant doit parfois accompagner les bénéficiaires pour des examens médicaux hors de l'établissement ; ce peut être le cas parce qu'aucun bénévole ou membre de la famille n'est disponible pour le faire ou à cause de la particularité de l'examen. Ce membre du personnel n'est pas toujours remplacé sur l'unité et comme il est souvent difficile d'évaluer le temps d'absence, cela augmente la charge de travail pour le personnel présent sur le département ou pour le travailleur absent lors de son retour.

Toutes les périodes de surcharge, peu importe la cause, peuvent avoir des impacts au niveau des accidents du travail et principalement des blessures au dos. En effet, la surcharge provoque du stress et de la tension chez le personnel ; des efforts de manutention par des muscles tendus augmentent les risques de blessure. De plus, cette surcharge entraîne de la fatigue chez le personnel et, par le fait même, une augmentation des risques.

En période de surcharge de travail, le personnel va au plus pressant ; des opérations telles que l'ajustement des surfaces de travail, l'immobilisation des équipements, l'utilisation d'équipement de levage (lève-personne) ne seront pas réalisées parce qu'elles sont trop consommatrices de temps. Donc, les gestes sont exécutés avec rapidité et

parfois le temps disponible encourage peu l'utilisation des principes de sécurité et la communication entre soignants et avec le patient. De plus, si l'on veut préserver l'autonomie des bénéficiaires, il faut solliciter leur participation lors des transferts et des déplacements. Le rythme d'une personne malade ou âgée est plus lent ; lorsque le temps manque au personnel, il est souvent plus rapide de faire le mouvement à la place du patient plutôt que de l'assister dans son déplacement. L'effort est donc plus exigeant pour le personnel et cela ne contribue pas à préserver et à utiliser les capacités du patient.

Plusieurs solutions peuvent être mises en place afin d'éviter les surcharges de travail ; ces solutions sont évidemment en relation avec les causes de ces surcharges.

Les équipes de travail étant déjà en nombre minimal, il devient important de remplacer le personnel absent. Donc, les personnes sur les listes de rappel doivent être en nombre suffisant pour répondre aux besoins.

En CHCD, sur les unités très spécialisées, la difficulté de remplacement provient de l'absence de personnel « compétent » spécialisé et orienté pour travailler sur ces unités. Il devient donc important que les établissements procèdent régulièrement à des orientations de nouveau personnel pour les habiliter à travailler sur ces types de département. Compte tenu de la main-d'œuvre féminine, ces orientations de nouveaux personnels devraient aussi tenir compte des absences prévues pour les congés de maternité ou autres types de congé.

Lorsque le remplacement est effectué par un travailleur d'une autre catégorie d'emploi parce qu'il est impossible de remplacer la personne absente par un travailleur de la même catégorie, une redistribution des tâches doit s'effectuer entre les membres de l'équipe soignante afin d'éviter la surcharge chez la catégorie de personnel déficitaire. Théoriquement, les administrations mentionnent que c'est ce que la procédure prévoit mais dans la réalité, la redistribution des tâches ne s'effectue pas toujours ; de plus, il est parfois difficile pour le soignant de faire comprendre à certains patients de l'unité qu'il ne peut leur prodiguer lui-même les soins habituels même s'il est présent sur l'unité. Ce genre de situation se vit principalement en soins de longue durée et cela peut créer un sentiment de culpabilité pour le soignant et un sentiment de rejet pour le patient. Il est donc nécessaire

que les patients soient bien informés de ces situations afin d'obtenir leur collaboration.

En CHCD, des situations imprévisibles (code 99, détérioration d'un patient, admission en urgence, etc.) peuvent survenir pendant un quart de travail ; lorsque cela se présente de jour, c'est souvent l'infirmière-chef qui joue le rôle de personne supplémentaire. Cependant, le soir et la nuit, ce n'est pas toujours possible d'obtenir du personnel supplémentaire dans un court délai. Le temps supplémentaire effectué par des travailleurs du service de même que le recours à des agences privées sont d'autres moyens de trouver des remplaçants. Évidemment, les coûts reliés aux différentes sources de remplacement ne sont pas les mêmes, mais il faut garder à l'esprit que de façon générale, les ressources en place sont déjà en nombre minimal ; donc toute surcharge entraîne une diminution des services au patient ainsi qu’une fatigue et des risques accrus pour le personnel.

En centres d’hébergement et de soins de longue durée, les besoins de pointe en personnel sont plutôt rares, puisque la clientèle en place change moins rapidement qu'en CHCD. Cependant, il apparaît clairement que cette clientèle a évolué et que les besoins en soins ont augmenté. Les outils à la disposition des établissements pour mesurer l'alourdissement de la clientèle sont les grilles d'évaluation PLAISIR ou CTMSP. Ces évaluations sont habituellement faites annuellement mais ce peut être un moyen à utiliser pour justifier une augmentation des besoins en heures/soins sur une unité.

La plupart des établissements répartissent le personnel en deux groupes pour déterminer les heures de pause et de repas. Afin de diminuer les problèmes engendrés par l'absence de la moitié du personnel, l'étalement des temps de pause et de repas, lorsque possible, en trois périodes permettrait de conserver un plus grand nombre de travailleurs présents sur l'unité. Il faut cependant que les heures d'ouverture de la cafétéria soient compatibles pour permettre cet étalement sur trois groupes.

Système de communication

Le rôle des soignants est de fournir des soins et des traitements aux bénéficiaires afin de répondre à leurs besoins et de les aider à préserver leur autonomie le plus longtemps possible ou à retrouver leur autonomie le plus rapidement possible.

Comme le personnel œuvrant auprès des bénéficiaires est nombreux et change d'un quart de travail à l'autre, il est primordial que les informations concernant le bénéficiaire (ses caractéristiques, ses capacités, les soins requis, son comportement, etc.) soient disponibles à tout le personnel soignant et transmises d'un quart de travail à l'autre. Ces informations permettent aux travailleurs de déterminer les façons de procéder et les méthodes de transfert et de mobilisation sécuritaires appropriées aux besoins des bénéficiaires.

Plusieurs moyens sont utilisés pour transmettre ces informations : le rapport au changement de quart, le plan de soins, les feuilles de route ou plans de travail, les codes d'information ou feuilles d'AVQ dans les chambres, etc. Tous ces moyens sont intéressants en soi, sauf qu'ils présentent parfois des imprécisions ou des défaillances.

Les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) précisent qu'une des étapes essentielles avant de réaliser un déplacement ou une mobilisation d'un patient est la phase de préparation. C'est à cette phase que le travailleur doit déterminer la méthode ou la stratégie de mouvement la plus appropriée pour réaliser cette tâche en fonction des capacités du patient, de l'environnement, des équipements, etc. Il doit donc avoir accès rapidement et en tout temps à des informations de base sur le bénéficiaire :

- ses caractéristiques (âge, poids, grandeur, sa vue, son ouïe, etc.) ;
- son comportement (agressif, coopérateur, craintif, etc.) ;
- ses capacités (sa force, sa compréhension, son équilibre, son endurance, sa capacité de mise en charge, ses points douloureux, etc.).

Habituellement, les informations qui y sont transmises concernent les particularités relatives à chaque patient pendant le quart ou la journée précédente. Si un soignant revient d'une absence plus ou moins prolongée (vacances, congé-maternité, congé-maladie, accident du travail), les informations échangées lors du rapport ne seront pas suffisantes pour bien connaître l'évolution des patients. Cependant, il y a quand même possibilité que le soignant puisse s'informer auprès de l'infirmière qui a la responsabilité du patient ou qu'il consulte le plan de soins. Le contenu des informations véhiculées est très variable. Cependant, il est plutôt rare que les informations concernant les méthodes de transfert et de mobilisation des patients soient transmises à ce moment. Il s'agit souvent plus d'informations médicales (température, tension, malaise cardiaque, etc.) ou concernant l'alimentation, le sommeil, etc. Pour connaître les informations précises sur les caractéristiques et les capacités du patient, son comportement, il faut consulter le plan de soins ou s'informer auprès du personnel qui en avait la responsabilité la ou les journées précédentes.

Les pratiques concernant les personnes présentes au rapport varient d'un établissement à l'autre ; dans certains, tout le personnel soignant (incluant les préposés) est présent au rapport. Dans d'autres, le personnel fait rapport aux chefs d'équipe et ce sont eux qui donnent les informations au personnel du quart suivant. À certains endroits, c'est l'infirmière responsable du patient qui informe sa remplaçante ; d'autres modalités sont aussi possibles. En CHCD, les préposés aux bénéficiaires sont rarement présents au rapport. Qu'il s'agisse d'un préposé remplaçant ou du préposé habituel, il peut donner des soins d'hygiène au patient ou procéder à son transfert sans avoir reçu les informations sur les caractéristiques et les capacités du bénéficiaire ou sans avoir été informé de la détérioration ou des changements dans l'état de ses patients. Ces informations sont pourtant essentielles pour déterminer la méthode la plus sécuritaire pour déplacer le patient ; donc il peut arriver que la méthode choisie ne soit pas appropriée à l'état du patient et qu'elle entraîne un accident chez le personnel ou parfois la chute du patient.

Le rapport au changement de quart est un moyen de transmission d'informations, mais qui concerne le quart précédent ou le « 24 heures » précédent et ses particularités. Dans une optique de prévention, ce n'est pas suffisant pour qu'un travailleur nouveau ou en retour d'absence puisse connaître tous les changements survenus chez les patients ou les façons habituelles de procéder. Si toutes ces informations étaient transmises, le

rapport serait très long et il y aurait beaucoup de répétitions d'une journée à l'autre.

Le plan de soins est habituellement un outil d'information assez complet dans lequel sont inscrites les informations sur le bénéficiaire et les interventions ou traitements prévus. Cependant, des informations aussi précises que l'équilibre assis ou debout, la capacité de faire une mise en charge, etc. y sont rarement indiquées. Toutefois, ce sont des informations qui sont nécessaires pour déterminer les méthodes sécuritaires pour mobiliser le patient.

De plus, en hébergement et en soins de longue durée, les informations indiquées dans le plan de soins ne sont pas toujours révisées régulièrement ou corrigées au besoin. Il arrive donc que les informations ne sont plus à jour. Le personnel occasionnel, celui en retour de congé-maladie prolongé ou de congé de maternité peut difficilement se fier à l'exactitude du plan de soins.

Dans certains établissements, les préposés n'ont pas accès aux plans de soins ; il devient alors difficile pour le personnel occasionnel ou le nouveau personnel d'obtenir les informations sur les patients. Ils doivent demander ces informations à l'infirmière responsable du patient ou à leurs collègues de travail (infirmière auxiliaire ou autres). Il est bien évident qu'il devient difficile de se souvenir des caractéristiques particulières de chaque patient, s'il doit fournir des soins à sept ou huit patients nouveaux. Il peut donc arriver que les méthodes de mobilisation et de transfert soient peu appropriées à la condition du patient et que cela puisse provoquer des accidents ou nécessiter des efforts importants des travailleurs.

Il faut donc avoir d'autres moyens pour obtenir ces informations. Le nouveau personnel peut demander aux travailleurs qui connaît bien le patient mais, il faut que tout le monde soit disponible et ouvert à donner ces renseignements. Le plan de soins peut être un autre outil d'information mais il faut alors que toute l'équipe soignante, y compris les préposés aux bénéficiaires, puisse y avoir accès. De plus, ces informations doivent être révisées et mises à jour régulièrement selon l'évolution de la clientèle. Le plan de soins doit aussi contenir des informations précises sur les méthodes de manipulation et de transfert pertinentes au patient, de même que sur tout élément qui peut guider le travailleur dans son choix de façons de faire sécuritaires pour dispenser tout type de soins. Il faut cependant être réaliste

et prendre en considération que les préposés n'ont pas nécessairement le temps d'aller consulter les plans de soins de sept ou huit patients ; de plus, afin de conserver et d'avoir en mémoire ces informations sur ses patients, il faut que celles-ci soient retranscrites pour les avoir à portée de main rapidement.

Un autre instrument d'informations pour les préposés en usage dans des établissements de soins de longue durée est la feuille de route. Une petite feuille d'informations sur chacun des bénéficiaires est remis au préposé afin de l'aider dans la réalisation de ses tâches. Les renseignements suivants peuvent y être inscrits :

- lucidité et comportement du patient ;
- la présence d'orthèse ou prothèse (dentier, lunettes, appareil auditif) ;
- précisions sur l'alimentation (seul, aide totale, couper les aliments et toute autre particularité concernant l'alimentation) ;
- précisions sur les soins d'hygiène (toilette au lit, aide totale, aide partielle, toilette au lavabo et toute particularité concernant ces soins (ex. : douche jeudi avant-midi en civière) ;
- port de culotte d'incontinence et leur taille ;
- méthode de transfert au fauteuil (ex. : lève-personne, deux personnes pour un pivot, une personne si calme et deux si agité, etc.).

D'autre informations utiles au personnel concernant les vêtements, les soins d'hygiène buccaux, le positionnement, l'élimination, etc., peuvent aussi y être indiquées. Cependant, des renseignements tels que le poids et la taille du patient, son incapacité (hémiplégie droite ou gauche, problème d'équilibre assis ou debout, capacité de mise en charge ou non, etc.) n'y sont pas indiqués et pourraient être utiles au travailleur pour le guider dans ses méthodes de transfert. Il est aussi très important de s'assurer que les méthodes de transfert indiquées au plan de soins ou sur les feuilles de route soient sécuritaires pour le personnel et respectent les principes de sécurité. Le soulèvement des patients doit être éliminé pour favoriser le glissement, le roulement ou le pivotement ; lorsque ce n'est pas possible, l'utilisation du lève-personne devrait être privilégiée plutôt que le transfert en chaise qui est un « soulever pur ». Souvent, le choix de la méthode de transfert

inscrite au plan de soins ou sur la feuille de route tient compte de la sécurité et du confort du patient mais pas toujours de la sécurité du personnel.

L'objectif visé par tous ces outils d'information est de renseigner le personnel sur les caractéristiques et les capacités des patients afin d'adapter les méthodes d'assistance et de déplacement à l'état du bénéficiaire et pour éviter les accidents chez le personnel tout en fournissant des soins professionnels aux patients. Afin que ces informations soient disponibles en tout temps et accessibles pour tout personnel soignant, certains établissements utilisent des fiches d'information disponibles dans la chambre des patients ; elles peuvent être fixées à la tête du lit. Afin de préserver la confidentialité des dossiers médicaux, il est important que les informations qui y sont inscrites soient sous forme de pictogrammes ou que l'usage de codes de couleur soit privilégié. Habituellement, le code rouge signifie que le patient n'a aucune autonomie pour l'activité, le code jaune signifie qu'il a besoin d'aide partielle et le code vert signifie que le patient peut faire l'activité par lui-même. Les informations sur les capacités du bénéficiaire, son comportement, l'alimentation, les soins d'hygiène, les transferts, etc., peuvent y être inscrites et chacune est codée selon l'évaluation du patient.

Un autre système fournit les informations à l'aide de pictogrammes[4] ; chacun des pictogrammes a une signification particulière et celle-ci doit être connue de tout le personnel. Peu importe le système utilisé, il est nécessaire que celui-ci soit révisé et mis à jour au besoin afin que les informations indiquées soient fiables et pertinentes pour le personnel.

Organisation des activités de prévention à l'extérieur de l'unité

Afin qu'une démarche de prévention réalisée dans un service ait l'impact souhaité, il est nécessaire que l'établissement mette en place une structure organisationnelle en santé et en sécurité du travail. La santé et la sécurité du travail pour les employés doit être un objectif de l'organisation au même titre que la qualité des soins par exemple. Si une démarche PAD ou PRAT est réalisée dans un service mais que l'organisation ne met pas en place des activités de prévention pour supporter toute cette démarche, il y a

des risques que les solutions mises en place n'aient pas à long terme l'impact souhaité, soit l'élimination des dangers à la source.

Lors d'un PAD ou d'un PRAT, l'étape diagnostique a souvent permis d'identifier les causes d'accident suivantes : équipement en mauvais état, absent ou qui ne répond pas au besoin, espace de travail restreint ou encombré. La réparation et l'achat de nouveaux équipements sont des solutions qui peuvent améliorer la situation. Mais si l'on veut éliminer le danger à la source, il est aussi nécessaire d'implanter une procédure d'entretien préventif des équipements afin de les conserver en bon état et d'établir une politique d'achat qui tient compte des aspects de santé et de sécurité du travail afin que ces nouveaux équipements ne représentent pas un danger pour le personnel et les bénéficiaires. De plus, la consultation du personnel dans la sélection de ces équipements de même qu'une période d'essai doivent contribuer au choix de l'équipement le plus sécuritaire et le plus approprié pour les besoins.

Il en va de même en ce qui concerne l'environnement. Lorsqu'un réaménagement est planifié, il devient primordial de consulter les utilisateurs afin d'identifier précisément les problèmes actuels et d'examiner les plans proposés pour s'assurer que les lieux permettront l'exécution sécuritaire des tâches. Lorsque des problèmes d'encombrement sont identifiés, il ne s'agit pas seulement de désencombrer les lieux mais aussi d'établir une politique d'admission, la quantité de meubles pouvant être présents dans la chambre, les espaces de circulation à préserver, etc. Cela n'éliminera peut-être pas tous les problèmes mais si les bénéficiaires et leur famille sont informés dès l'admission de ces règles et que l'établissement s'assure qu'elles soient respectées, les risques de travailler dans des chambres encombrées sont d’autant diminués.

Ce ne sont que quelques exemples qui nous permettent de constater l'importance de structurer les activités de prévention afin que celles-ci s'intègrent harmonieusement dans une stratégie globale de prévention. Quelles que soient les activités à mettre en place, celles-ci doivent être planifiées, organisées, dirigées et évaluées.

Planifier une activité signifie que celle-ci doit avoir un but précis et répondre à un besoin réel et bien identifié. Il faut donc fixer des objectifs réalistes et mesurables et déterminer des priorités. Les besoins sont grands mais parfois les ressources sont limitées ; tout ne peut être fait à la fois ; il

faut s'attaquer aux éléments les plus importants en priorité. Afin de s'assurer que les différentes activités s'harmonisent bien entre elles, il faut en prévoir le déroulement. La planification consiste donc à déterminer ce qui doit être fait et selon quel échéancier ; il faut maintenant décider qui le fera et cela relève du domaine de l'organisation.

Organiser une ou des activités signifie répartir le travail et assigner des responsabilités pour les actions à entreprendre. Les ressources spécialisées en santé et en sécurité du travail n'existent pas dans tous les établissements et leur nombre restreint fait en sorte qu'il n'est pas possible de compter sur elles pour assumer toutes les responsabilités relatives aux activités de prévention. Il est donc souhaitable d'impliquer et de responsabiliser les différents niveaux d'intervenants dans les établissements.

Diriger signifie de s'assurer que les personnes accomplissent les tâches qui leur ont été confiées. Il faut cependant fournir les moyens nécessaires à ces personnes afin qu'elles puissent assumer leurs responsabilités. Il peut être nécessaire de fournir de la formation afin que celles-ci acquièrent les habiletés requises.

Évaluer consiste à s'assurer que les activités prévues ont été réalisées selon l'échéancier établi lors de la planification. Si ce n'est pas le cas, il faut alors identifier les raisons qui ont empêché l'activité de se réaliser dans les délais prévus et apporter les correctifs nécessaires. De plus, il faut aussi vérifier si l'activité mise en place a permis d'atteindre les résultats escomptés et si le fonctionnement de l'activité est satisfaisant. Selon les résultats de l'évaluation, des correctifs seront apportés pour améliorer la situation.

Si l'on souhaite que les quatre étapes précédentes fonctionnent, la santé et la sécurité du travail doivent faire partie de chaque décision prise dans l'établissement et cela à tous les niveaux. Les entreprises qui obtiennent du succès dans leurs interventions en santé et en sécurité du travail sont celles qui sont convaincues de l'importance de faire de la prévention et qui sont prêtes à y mettre les énergies nécessaires.

L'objectif de cette section n'étant pas de fournir les informations sur les différentes activités de prévention possibles dans un établissement, nous n'élaborerons pas davantage sur l'organisation des activités de prévention.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] EROS. *L’évaluation de l’autonomie et l’évaluation médicale du bénéficiaire (CTMSP 85)*, 1985.

[2] EROS. *La détermination des services requis et la mesure des ressources requises par le bénéficiaire (CTMSP 87)*, 1987.

[3] EROS. *L’alourdissement des clientèles placées dans les programmes offrant des services de longue durée*, 1990, p. 34-35.

[4] POULIOT, Gaston. *Au Centre d’accueil Denis-Benjamin Viger : des pictogrammes qui en disent long*, Objectif prévention, vol. 14, nº 12, hiver 1991-1992, p. 8.

Les personnes

La particularité du secteur de la Santé et des Services sociaux, principalement des unités de soins en ce qui regarde la prévention, est l'élément personne qui n'inclut pas seulement le travailleur, mais aussi le bénéficiaire. En effet, le personnel soignant manipule, déplace et fournit des soins à des personnes dont les capacités, le comportement et la collaboration sont variables et qui parfois sont souffrantes ; il serait sans doute plus facile de trouver des solutions si les objets déplacés étaient modifiables. Ce n'est pas le cas et l'élément bénéficiaire est fondamental à considérer dans une optique de prévention.

Bénéficiaires

Selon le type d'établissement ou d'unité de soins où se fait une démarche de prévention, les caractéristiques et capacités des bénéficiaires varient grandement. Les statistiques d'accidents utilisées lors de démarches PAD (Prévention - Accidents - Dos) ou PRAT (Programme de Réduction des Accidents du Travail) démontrent que les accidents surviennent principalement sur les unités de médecine, de gérontologie ou de soins prolongés, d'orthopédie, de soins intensifs et d'urgence. La particularité de ces unités, de même qu'en centres d'hébergement et de soins de longue durée, c'est que les patients qui y sont hospitalisés sont en perte d'autonomie à court terme ou à plus long terme. Ces patients nécessitent donc des soins d'assistance de la part du personnel ; de plus, la collaboration et la coopération des patients peuvent être très variables.

Méconnaissance des bénéficiaires

Lors de l'examen des rapports d'accidents dans les établissements, nous constatons trop souvent que peu d'information n'est indiqué concernant le bénéficiaire impliqué. Par contre, l'étude de chacun des événements accidentels nous amène parfois à constater, principalement en centres d'hébergement et de soins de longue durée, que quelques bénéficiaires ont été impliqués à plusieurs reprises dans des accidents. En soins de courte durée, compte tenu de la durée d'hospitalisation, ce phénomène est moins évident. L'expérience nous démontre que les patients lourds, au comportement imprévisible et sur lesquels le personnel ne peut se fier ainsi que les patients en perte d'autonomie importante sont plus souvent impliqués dans des accidents. S'il est possible d'éliminer à la source les problèmes concernant les autres éléments de la situation de travail, cela s'avère plus difficile en ce qui concerne le bénéficiaire ; le personnel doit

composer avec les caractéristiques des bénéficiaires en présence et déterminer les façons de faire les plus sécuritaires.

Un des problèmes majeurs concernant les bénéficiaires est l'absence d'information précise et valable sur ses caractéristiques, son autonomie et accessible rapidement à tout le personnel ; celui-ci doit alors aider un patient dont il connaît peu ou pas les capacités. Il peut présumer que le patient peut s'aider lors d'un transfert et alors il peut faire face à une défaillance du patient ; au contraire, il fournit une assistance plus importante au patient alors que celle-ci ne serait pas nécessaire. Dans le premier cas, le soignant peut se blesser en voulant éviter la chute du patient, dans le second cas, il dépense de l'énergie et fournit des efforts inutiles dans cette situation.

Pour aider le travailleur et prévenir les accidents, il est nécessaire que l'évaluation des patients à l'admission comprenne aussi tout ce qui a trait aux capacités (motrices, intellectuelles, cognitives) et aux caractéristiques du bénéficiaire (poids, grandeur, âge, comportement, etc.). Ces informations devraient être facilement repérables dans le plan de soins ou le cardex et accessibles à tout le personnel.

En soins de longue durée, les patients devraient être évalués dès l'admission et les prescriptions en ce qui concerne les déplacements et les transferts des patients devraient être déterminées par l'équipe soignante en tenant compte des principes de sécurité et de tous les éléments de la situation de travail. Cela permettrait aussi de localiser le patient et d'aménager la chambre en tenant compte des capacités et des besoins particuliers du patient. Si le patient nécessite l'utilisation du lève-personne, ce n'est sans doute pas fonctionnel de le placer dans le lit du fond dans une chambre à trois lits où il est nécessaire de déplacer les deux autres lits pour accéder au patient. Il faut donc que les prescriptions de méthodes de transfert soient sécuritaires, mais aussi « réalistes » et « réalisables » par le personnel. De plus, afin d’assurer la continuité des soins et de prévenir les accidents, chacun des trois quarts de travail doit être informé du choix des méthodes de transfert et on doit s'assurer du respect des consignes. Si l'état et les capacités du patient se modifient, les méthodes de déplacement doivent être révisées pour mieux s'adapter à cette nouvelle réalité.

Les problèmes soulevés le plus fréquemment par les travailleurs et qui rendent difficile la réalisation des manœuvres de mobilisation des patients sont :

- le poids des bénéficiaires ;
- la raideur ;
- le manque de tonus et de force ;
- les problèmes de comportement.

Le poids des bénéficiaires

Certains patients représentent une difficulté à cause de leur poids important. Cependant, d'un travailleur à l'autre, la notion d'obésité est très variable. Un patient de plus de 68 kg (150 livres) en perte d'autonomie peut être considéré comme une charge exigeante à déplacer. Cependant, la difficulté est souvent plus reliée à la difficulté d'avoir des prises solides et un contact étroit avec le patient plutôt qu'au poids lui-même.

Au Québec, il n'existe pas de norme sur les charges maximales à soulever en ce qui concerne les personnes. Les études sur le sujet démontrent une variation importante d'un travailleur à l'autre. De plus, plusieurs éléments doivent être pris en considération dans le soulèvement de charge, soit :

- les caractéristiques de la charge (poids, profondeur, densité, rigidité et facilité de prise) ;
- les caractéristiques de la tâche (distance horizontale, distance verticale, fréquence, la méthode de levage, etc.) ;
- les caractéristiques environnementales (ambiance thermique, espace, état des sols, etc.).

Les études et les recommandations des différents organismes (NIOSH, BIT) varient grandement. NIOSH, tiré du volume de Rodgers[1], spécifie que lorsque la charge est placée près du corps, soulevée occasionnellement à une hauteur moyenne (75-135 cm ou 30-53 po), le poids de l'objet doit être d'environ 10 kg (22 livres) au maximum. Là encore, il s'agit de soulèvement de boîtes et de contenants et non de personnes. Ce qu'il faut donc en conclure est, et c'est ce que les principes du PDSB précisent, qu’il vaut mieux glisser, rouler ou faire pivoter le patient plutôt que de le soulever. Lorsque les capacités et les caractéristiques du patient ne le

permettent pas, le personnel doit alors utiliser une aide mécanique fournie par l'employeur telle que le lève-personne pour déplacer le patient.

De plus, pour faciliter de bonnes prises et permettre le glissement, le roulement ou le pivotement du patient obèse, des rallonges ou des « poignées » peuvent être utilisées : serviettes, draps, alèses, ceintures, etc.

Certains bénéficiaires présentent une obésité très importante et les équipements disponibles dans les établissements de santé ne sont ni fonctionnels, ni sécuritaires. Un organisme « Aide aux personnes obèses handicapées du Québec » offre un service de vente, de location, de prêt d'équipements de même qu'une expertise conseil pour aider les personnes ou les établissements qui ont des problèmes à fournir des services appropriés aux personnes obèses. Plusieurs équipements sont disponibles, qu'il s'agisse de lits, de lève-personne, de fauteuils roulants, de pèse-personne, de bancs, de literie, de toiles de transfert, etc. Il est possible de rejoindre cet organisme au numéro 254-8415 ou 256-6627.

Un équipement approprié à une clientèle obèse contribue à améliorer le travail du personnel, mais il faut demeurer conscient que pour les déplacements au lit ou d'autres types de mobilisation que l'aide de deux ou plusieurs soignants est requise ; donc, le personnel doit être en nombre suffisant pour répondre à ces besoins.

La raideur des bénéficiaires

La raideur chez les bénéficiaires peut provenir de diverses causes :

- l'ankylose et les contractures ;
- la spasticité due à une condition neurologique ;
- les pathologies ou les problèmes articulaires ;
- la résistance consciente ou non due à la douleur, à la peur ou à des troubles cognitifs.

Dans certaines circonstances, la raideur peut faciliter la mobilisation du patient, principalement lors des manœuvres au lit, puisque la mobilisation d'un segment favorise le retournement de tout le patient. Cependant, lors des transferts au fauteuil ou pour les mobilisations au fauteuil, cela représente certains efforts.

L'ankylose et les contractures (principalement en flexion) peuvent apparaître parce que les personnes sont longtemps dans les mêmes positions, mais aussi à cause de troubles neurologiques.

Il faut diminuer l'apparition de ces contractures par un bon positionnement et le changement fréquent de posture. Lors des mobilisations au lit, l'utilisation de piqué et d'alèse facilite le déplacement sans causer de douleur ou d'inconfort au patient.

Les difficultés liées à la spasticité peuvent être diminuées en plaçant le patient dans des positions « inhibitrices ». La position couchée sur le dos favorise généralement la spasticité en extension ; le positionnement du patient en position couchée sur le côté ou le relever de la tête du lit vers la position assise aident à diminuer la raideur du patient ; un petit coussin peut être placé sous les genoux afin d'obtenir une légère flexion. Quelques exercices lents de flexion des membres inférieurs vers le tronc et de flexion de la colonne cervicale avant de procéder au transfert facilitent le transfert puisque la raideur est moindre. De plus, l'utilisation de toile à double cuissarde pour les transferts en lève-personne garde le patient en flexion importante à la hanche, ce qui favorise le positionnement du patient au fond du fauteuil ; il n'est alors pas nécessaire pour les travailleurs de forcer pour amener le patient vers la position assise.

Le positionnement de la colonne cervicale peut aussi favoriser le retournement et la mobilisation du patient. La flexion du cou facilite la flexion dans les membres inférieurs, ce qui aide pour asseoir le patient et le relever de la position assise. La rotation du cou favorise le retournement du patient dans le sens de la rotation.

Lorsque la raideur du patient est principalement due à la peur, il devient primordial de communiquer avec le patient pour le rassurer et l'informer avant de procéder au transfert. Si le patient ressent de la douleur, sa collaboration risque d'être limitée dans le transfert ou le patient peut résister à toute mobilisation. Il est donc avantageux de régler le problème de la douleur par des analgésiques ou d'autres interventions ; le patient pourra ainsi fournir un meilleur effort et l'assistance du soignant en sera diminuée.

Le manque de tonus et de force

Les patients hypotoniques par faiblesse ou par atteinte neurologique peuvent représenter un risque lors de la manutention souvent relié à la difficulté d'avoir de bonnes prises sur le patient ; celui-ci a alors tendance à glisser entre les mains du soignant ou à s'affaisser.

Les ceintures, les alèses et les draps sont des moyens de se créer des poignées et d'obtenir des prises plus solides. Lorsque l'évaluation du patient démontre que le patient n'a pas suffisamment de tonus pour conserver une position assise stable sur le bord du lit, il devient dangereux pour un seul soignant de transférer le patient au fauteuil. Si de plus, ce patient présente un problème aux membres inférieurs, il devient nécessaire que les transferts au fauteuil s'effectuent à l'aide du lève-personne. En ce qui concerne les manipulations au lit, elles seront facilitées par l'utilisation d'alèse et de piqué.

Les patients qui présentent des problèmes de force, principalement dans les membres inférieurs, peuvent représenter un danger lors des transferts hors ou dans le lit. Si le patient a une défaillance et fléchit les genoux, le soignant veut empêcher la chute du patient et peut alors se blesser en le retenant.

Pour qu'un patient puisse se tenir debout et marcher quelques pas, il faut que la force dans ses membres inférieurs soit suffisante. Un petit test très simple peut être effectué par le personnel lorsque le patient est assis sur le bord de son lit ; il faut simplement lui demander de déplier les genoux. Lorsque le patient ne peut déplier ses genoux parce que sa force est insuffisante, il est alors incapable de se tenir debout ou de marcher.

Il arrive que certains professionnels, ayant une préoccupation de préserver l'autonomie des bénéficiaires, demandent aux soignants de faire marcher certains patients qui, dans les faits, n'en ont pas la capacité. Lorsque le patient est incapable de déplier ses genoux parce que sa force est insuffisante, il devient dangereux et inefficace que les soignants forcent pour le soutenir et le faire marcher.

Lorsque le patient se supporte mais présente une certaine faiblesse des membres inférieurs, l'usage de cannes, béquilles ou marchette peut favoriser l'autonomie du bénéficiaire dans ses déplacements et diminuer l'effort du personnel.

Les problèmes de comportement

La collaboration des patients peut varier beaucoup d'un type d'unité à l'autre à cause des particularités de la clientèle. Les patients en salle d'opération et salle de réveil ne peuvent collaborer à cause de leur état d'éveil ; le personnel ne peut alors compter, ni se fier sur leur participation.

La disponibilité en personnel et en équipements appropriés de même que la formation du personnel permettent de diminuer les maux de dos associés à ces tâches de déplacement.

Sur les unités de chirurgie et d'orthopédie, la non-collaboration, ou le peu de collaboration, est souvent reliée à la douleur et à la peur du patient ainsi qu'à une incapacité temporaire.

Afin de favoriser la participation du patient à ses déplacements, la douleur devrait être diminuée par des traitements appropriés. De plus, une bonne communication et l'enseignement des méthodes simples de mobilisation au patient devraient améliorer sa collaboration. Idéalement, cet enseignement devrait se faire avant l'intervention chirurgicale au moment où le patient est confiant et non souffrant ; il en est de même pour l'apprentissage de la marche avec cannes, béquilles ou marchette. En orthopédie, lorsque le patient a l'usage d'au moins un membre supérieur, l'installation d'un trapèze au-dessus du lit lui permet, même sous traction, de se soulever le siège et de participer à ses mobilisations que ce soit pour le changement de literie, l'installation d'une bassine ou d'autres types de soins. De plus, l'usage du trapèze ne doit pas se limiter aux patients en orthopédie, mais s'étendre aussi en soins prolongés, en médecine ou ailleurs lorsque la force des membre supérieurs du patient lui permet de l'utiliser.

Que ce soit en soins prolongés, en réadaptation, en neurologie ou ailleurs, il se peut que certains patients ne veulent pas s'aider lors des transferts ou résistent à cause d'un sentiment de colère et de révolte relié à une perte d'autonomie à la suite d’un accident, d’une chirurgie, d’une atteinte neurologique ou autre. Le patient peut même avoir des comportements agressifs envers le personnel. Toutes ces réactions peuvent créer de la tension chez le personnel mais cela augmente les dangers de blessure lors des soins au patient.

L'intervention ne doit pas se limiter à trouver une façon sécuritaire de mobiliser ces patients mais doit surtout fournir une aide psychologique à cette clientèle afin d'éliminer ces comportements agressifs ou cette non-collaboration envers le personnel.

Des comportements agressifs peuvent aussi se manifester chez des personnes âgées (atteinte cérébrale ou autre), en post-chirurgie, chez des patients intoxiqués (alcool, drogues, etc.) ou qui ont des problèmes de santé mentale.

Une formation adéquate du personnel face aux comportements agressifs peut rassurer et faciliter sa tâche mais il devient nécessaire de bien évaluer toute la problématique du phénomène agressif et cela afin d'éviter que le personnel transfère ou mobilise ces patients au moment où ils sont en colère et manifestent des comportements agressifs. Il sera toujours temps de les déplacer lorsque la colère ou les gestes agressifs auront diminué.

Il arrive que des bénéficiaires qui souffrent d'une perte de capacité importante refusent d'être transférés en lève-personne même si leur état requiert l'utilisation d'un tel équipement. Certaines directions d'établissement acceptent cette situation et obligent les travailleurs à transférer manuellement le patient afin de respecter le souhait du bénéficiaire même si cela compromet la sécurité des travailleurs.

Si l'évaluation du patient détermine que les capacités de celui-ci ne permettent plus au personnel de le faire pivoter ou de le glisser pour le transférer, alors la décision doit être prise pour que le transfert soit effectué à l'aide d'un lève-personne. De plus, il faut découvrir les raisons qui motivent ce refus du patient : peur de l'équipement, inconfort ou douleur lors du transfert, toile inappropriée ou refus du patient d'accepter son incapacité. Si c'est le cas, il faut fournir un support psychologique au patient. En ce qui concerne les raisons reliées à l'équipement, il faut procéder à des essais de modèles de toile qui favorisent l'acceptation du patient. L'établissement qui souhaite prévenir les accidents du travail ne peut passer deux messages contradictoires à ses travailleurs : respecter les principes de sécurité sauf dans les cas où le patient ne veut pas. On ne peut encourager les travailleurs à ne pas respecter les principes de sécurité surtout quand le personnel souhaite les respecter.

Certains bénéficiaires se fatiguent rapidement lorsque assis au fauteuil ; le retour au lit est souvent beaucoup plus exigeant pour le personnel parce que le patient n'est plus en mesure de fournir le même effort pour participer à son transfert.

L'aide de deux soignants, ou même le lève-personne, peut être requise pour procéder au transfert de façon sécuritaire ; les toiles de lève-personne à double cuissarde peuvent être facilement utilisées pour transférer le patient au lit même si celui-ci n'avait pas été amené du lit au fauteuil en lève-personne. Il est dont très important de faire le recensement des patients dont la collaboration et les capacités fluctuent au cours de la journée afin que le personnel en soit informé et que les méthodes de transfert tiennent compte de cette particularité.

Il serait aussi avantageux de déterminer, à partir des enquêtes et des analyses des accidents, le profil type de même que les caractéristiques des bénéficiaires impliqués dans les accidents. Cela permettrait à l'organisation de mettre en place des mesures préventives pour cette clientèle type si c'est le cas.

L'encombrement des chambres

Dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée, certaines tâches de soins et de déplacement sont considérées comme dangereuses parce que les chambres sont encombrées. En effet, des bénéficiaires possèdent dans leur chambre des meubles et de l'équipement personnels très volumineux et ce, parfois en grande quantité. Lorsque ces effets sont apportés pour compléter l'ameublement et non pour remplacer celui déjà présent dans la chambre à l'admission, les travailleurs font face à un encombrement qui s'accentue d'année en année. Les espaces disponibles pour procéder aux transferts et pour circuler avec les équipements deviennent de plus en plus limités et empêchent les travailleurs de dispenser des soins de façon sécuritaire.

La plupart des établissements n'ont pas de règle établie concernant les meubles et les effets personnels, leur quantité et leur dimension. De plus, la philosophie d'accueil préconisée dans les centres veut fournir au patient une certaine qualité de vie et la possibilité d'apporter ses meubles personnels est un moyen de favoriser cette qualité. Lorsque les capacités

du patient lui permettent de circuler et d'être autonome dans ses transferts, la situation n'est pas problématique mais lorsque l'état du patient se détériore et qu'il requiert l'aide des soignants, nous constatons souvent que l'espace dans la chambre n'est plus suffisant pour y travailler de façon sécuritaire. Le patient et les membres de sa famille ne sont pas toujours d'accord pour éliminer les meubles et les équipements non essentiels.

Il faudrait donc qu'une politique d'accueil à l'intention des bénéficiaires et de leur famille soit diffusée à la préadmission de sorte que certaines règles de base assurent à la fois la sécurité du bénéficiaire et du personnel. Ces règles devraient spécifier la quantité et la dimension des meubles permis de même que la disposition des meubles qui permettent une circulation aisée pour tous et l'exécution des tâches en toute sécurité. L'établissement de ces règles ne doit pas contribuer à rendre le milieu froid et non personnalisé. Par contre, cela éviterait toutes les discussions et les problèmes reliés à l'encombrement des chambres.

Il devient alors essentiel que la politique soit appliquée de façon formelle et uniforme pour tous les bénéficiaires afin d'éviter les querelles, les reproches au personnel et les situations conflictuelles. De plus, le comité des bénéficiaires, en collaboration avec tous les autres intervenants, peut participer à l'élaboration des règles d'admission. Dans le chapitre sur l'environnement, des précisions sont fournies sur les espaces nécessaires pour l'exécution sécuritaire des soins et des mobilisations de même que pour une circulation fonctionnelle avec les équipements.

La tenue vestimentaire

Les vêtements et les chaussures des bénéficiaires sont des éléments à considérer en prévention des maux de dos. En effet, lors des transferts au fauteuil ou sur toute autre surface qui amène le patient à faire une mise en charge sur ses membres inférieurs, celui-ci doit porter une chaussure stable à semelle non glissante ; les pantoufles de laine et les mules sont à proscrire car elles peuvent entraîner des pertes d'équilibre et une instabilité ainsi qu’un risque de glissement des pieds du patient pouvant entraîner une chute. Le personnel risque alors de se blesser en voulant retenir ou empêcher la chute du patient.

Lorsque le personnel procède au déplacement, il est nécessaire qu'il puisse avoir une bonne prise sur le patient pour bien l'assister ; les bénéficiaires en jaquette d'hôpital ou qui portent des vêtements sur lesquels il est difficile de s'agripper (robe par exemple) ou qui sont non adaptés augmentent involontairement la difficulté du transfert. La présence de ceintures adaptables à toutes les tailles de patients et leur disponibilité en quantité suffisante sur les unités contribuent à augmenter la sécurité des transferts ; le personnel doit toutefois recevoir une formation pertinente pour les utiliser efficacement.

En conclusion, une bonne évaluation des patients, une accessibilité et une disponibilité à des informations à jour sur les capacités et les caractéristiques des bénéficiaires aident le personnel à déterminer des stratégies de mouvement sécuritaires, bien adaptées à chaque patient. Il ne faut toutefois pas oublier que les équipements, l'environnement et l'organisation du travail doivent aussi permettre aux travailleurs de mettre en application ces principes de sécurité.

Personnel

Le problème des maux de dos n'est pas nouveau et le personnel soignant est particulièrement touché par cette situation. Stubbs (1983)[2] a estimé que l'incidence des maux de dos chez les infirmières en Angleterre était de 43,1 %, basée sur une étude de plus de 3 900 sujets. Dehlin (1976)[3] a rapporté une incidence de 46,8 % des maux de dos chez des aides infirmières d'un hôpital gériatrique en Suède. Harber (1985)[4], dans une étude en Californie, a rapporté que 52 % des sujets d'un grand hôpital avaient développé un mal de dos en relation avec leur travail au cours des six derniers mois.

Au Québec, comme les statistiques d'accidents[5] le démontrent, le personnel soignant subit 47,3 % des accidents indemnisés. Il est aussi important de noter que le risque d'accident est plus élevé dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (taux d'incidence de 22,4).

Ces statistiques mentionnent les accidents indemnisés par la CSST (Commission de la santé et de la sécurité du travail), donc qui ont engendré une absence de plus d'une journée ; cependant, un grand nombre de soignants souffrent de problèmes musculo-squelettiques (douleur au dos, au cou, aux épaules) sans avoir eu d'absence au travail. Une étude américaine, Cato et al. 1989[6], rapportait que 78 % des infirmières qui ont eu mal au dos dans les six mois précédant l'étude, ne l'avaient pas déclaré pour diverses raisons (sentiment que ce n'était pas important, peur de perdre son travail, peur de ce que les collègues pensent), mais souvent parce qu'elles étaient dans l'impossibilité d'identifier une action spécifique à l'origine de la douleur. Dans cette même étude, Cato et al.[6] établissent que 72 % du personnel soignant a eu mal au dos dont 53 % dans les six derniers mois. Donc, la problématique des maux de dos est sous-estimée dans le secteur de la santé, puisque les statistiques dont on parle sont toujours celles des accidents indemnisés par la CSST.

Le « Robens Institute »[7] dans sa recherche, mentionnait que toutes les études montrent que les taux de maux de dos chez le personnel soignant sont relativement plus élevés que pour les autres professions. De plus, sur 1 000 infirmières qui quittent la profession, huit invoquent les maux de dos comme seule et unique raison. Beaucoup plus mentionnèrent les maux de dos comme un facteur parmi d'autres.

L'ASSTSAS a souvent été sollicitée pour déterminer quel serait le profil de travailleur peu susceptible d'avoir une atteinte au dos et qui exécuterait le travail de soignant de façon quotidienne. Malheureusement, certaines personnes pensent que l'engagement d'hommes de 1,82 m (6 pi) pesant 91 kg (200 lb), réglerait le problème. De nombreuses études ont été réalisées afin de déterminer les facteurs de risque reliés à la personne et qui sont susceptibles d'augmenter les risques de maux de dos.

Le sexe

Le sexe considéré comme seul facteur de risque de maux de dos n'a pas été concluant ; toutefois, quand le sexe est couplé avec l'âge et l'occupation, les femmes dans les professions de soins sont plus à risque et à un âge plus jeune[8]. Quelques études ont rapporté que le sexe n'était pas significatif pour les maux de dos sans dommage structurel ; par contre, ces mêmes études mentionnent que la hernie discale est plus fréquente chez les hommes. Finalement, les maux de dos sont dus à une exposition à des dangers (postures, activités, soulèvement de charges) plutôt qu'à une question de sexe[8]. Garret[9] dans son étude a identifié que les femmes ont plus de maux de dos, une force moindre des muscles des membres supérieurs utilisés lors des transferts pourrait expliquer ce fait.

L’âge

Différentes études ont identifié l'âge comme un élément à considérer dans la problématique des maux de dos. La majorité de ces études indiquent que les jeunes travailleurs (20 à 40 ans) font partie de la population la plus à risque ; c'est souvent à cause de leur inexpérience et de leur manque de formation qu'ils sont plus à risque[10]. Il est clair que la population de soignants est atteinte de maux de dos plus jeune que la population en général ; donc, son risque de problèmes chroniques est plus élevé[8].

L'étude de Burgmeier et al.[11] cite une prépondérance des classes plus âgées dans la population lombalgique ; plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation :

- une diminution de la mobilité du tronçon lombaire de la colonne liée aux modifications de la fonction musculaire ;
- une baisse des capacités de travail dynamique liée à la diminution de la vitesse de contraction musculaire ;
- une baisse de pouvoir d'oxygénation ;
- un effet cumulatif des microtraumatismes de la colonne.

On note cependant une aggravation dans l'apparition des lombalgies après 10 ans d'activité, même si on fait abstraction de l'âge[8]. Compte tenu que la population des travailleurs du secteur de la santé est vieillissante et qu'il y a peu de mobilité dans la main-d'œuvre soignante, cela laisse prévoir un pronostic à long terme plutôt négatif. Cato et al.[6], dans leur étude, rapportent que les travailleurs qui ont des problèmes de dos sont légèrement plus âgés, mais de façon non significative.

Si nous examinons les statistiques québécoises 1991 du secteur de la santé et des services sociaux, en ce qui concerne l'âge et les accidents du travail[12] , nous remarquons que :

- dans les centres d'hébergement, ce sont les travailleurs de 45 -54 ans qui sont les plus touchés ;
- dans les centres hospitaliers de courte durée, ce sont les travailleurs de 15 - 24 ans et ceux de 55 - 64 ans ;
- dans les centres hospitaliers de soins de longue durée, ce sont principalement les travailleurs de 25 - 34 ans.

Il n'y a que dans les CLSC où apparaît un lien très clair entre l'âge et les accidents du travail ; ceux-ci augmentent de façon importante après 45 ans. Dans le cas des autres catégories d'établissements, ce lien n'est pas évident.

Aucune relation n'a été trouvée entre le poids et les lombalgies par la majorité des auteurs (Rowe, Griffin, 1984). L'existence d'un lien significatif dans l'étude de Burgmeier et al. (1988)[11] semble en contradiction avec ces données ; une des explications de ce fait pourrait être la population d'étude. Garret[9] a identifié que les travailleurs de plus de 91 kg (200 lb) ont des blessures plus graves.

L'entraînement musculaire est également un champ d'opinions contradictoires ; son impact dans la prévention des maux de dos est mis en doute par la majorité des auteurs. Burgmeier, dans son article[11], cite l'étude de Dehlin qui a démontré que s'il n'y a pas d'effet positif sur la fréquence et la gravité des accidents, la période de récupération à la suite d'un accident est plus courte.

Dans l'étude de Cato et al.[6] , aucune différence significative n'a été notée en ce qui concerne la condition physique, le degré de flexibilité, la fréquence des exercices, entre les travailleurs qui souffrent de maux de dos

et ceux qui n'en ont pas. Quelques études ont démontré un rôle positif de ces programmes dans la réduction des maux de dos ; cependant, il s'agit d'études réalisées avec des pompiers dont les tâches demandent beaucoup de force et d'endurance.

Plusieurs entreprises offrent des « écoles de dos » (back's schools) à leurs employés qui présentent des douleurs au dos ; ces programmes comprennent des séances d'information sur le dos (anatomie, fonctionnement), sur les causes des maux de dos, sur des moyens de prévention au quotidien et sur la mécanique corporelle. De plus, un programme d'exercices et de l'information sur le maintien d'un poids santé sont présentés. Même si ces programmes d'exercices physiques n'empêchent par la survenue d'un accident, ils peuvent aider le travailleur à se rétablir plus rapidement ; de plus, être en bonne condition physique ne peut qu'être positif.

Le temps passé dans un emploi a été étudié comme facteur de risque associé aux blessures au dos. Les théories indiquent une plus grande incidence de maux de dos lorsque le sujet est exposé plus longtemps à des postures contraignantes pour le dos[8]. Garret[9] et Owen[13] ont rapporté un plus grand risque d'accident chez le personnel soignant qui travaille sur une unité requérant de multiples déplacements de patient.

Cato et al.[6], dans leur étude, ont aussi rapporté que le groupe souffrant de maux de dos travaillait depuis plus longtemps sur leur unité que le groupe qui n'avait pas de douleur au dos. Magora, avait aussi indiqué que l'incidence des maux de dos était directement proportionnelle aux années de travail dans la profession, particulièrement chez le personnel soignant et les travailleurs de l'industrie.

Le stress peut être un facteur contributif aux problèmes de maux de dos à cause de la tension musculaire créée ; ces tensions musculaires entraînent de la raideur et un raccourcissement musculaire qui, à la longue, diminuent la flexibilité dorsale et augmentent la vulnérabilité aux maux de dos[14].

Les personnes très tendues devraient faire des exercices de relaxation afin de diminuer ces tensions ; l’identification des causes de ce stress et l’élimination de ces causes permettraient d’améliorer la situation.

Les opinions sont très variées dans la littérature concernant l'efficacité d'un examen médical préemploi dans la prévention des problèmes de santé et sécurité du travail[13]. Deux études (Chaffin et Snook) [15] ont été incapables de démontrer l'efficacité des examens préemploi à identifier les travailleurs susceptibles de souffrir de douleurs aux dos.

Les rayons X de la colonne ont longtemps fait partie de l'examen médical, toutefois des évidences récentes démontrent que les résultats ne valent pas les coûts, ni l'exposition aux radiations[16]. Troup[10] cite différentes études (Gibson et al. 1980, Redfield 1971) qui n'ont trouvé aucune différence significative au niveau des rayons X des personnes blessées au dos et celles qui n'ont aucun problème.

Robert[16] donne trois raisons pour expliquer que les rayons X de la colonne ne devraient pas être faits :

- les rayons X de la colonne ne peuvent prédire de futurs problèmes ou accidents de dos ;
- les rayons X de la colonne exposent inutilement les travailleurs à des radiations ;
- les rayons X de la colonne dans le programme de sélection à la préembauche sont des dépenses non nécessaires.

Il cite de nombreuses études qui démontrent très clairement que les radiographies de la colonne ne permettent pas d'identifier les personnes qui développeront des maux de dos.

D'autres techniques que les rayons X sont utilisées dans l'examen pré-embauche, telles que l'histoire médicale antérieure ; Snook[15] mentionne qu'un travailleur ayant subi une première blessure sérieuse au dos (avec absence prolongée) a quatre fois plus de risque de se blesser à nouveau, surtout si celui-ci retourne dans un environnement où les mêmes dangers sont présents. D'autres tests de force dynamique ont été développés, mais aucune étude n'a démontré l'efficacité de ces tests pour réduire l'incidence et la gravité des maux de dos.

Cato et al.[6], dans leur conclusion, mentionnent que le problème des maux de dos chez le personnel soignant est complexe et multifactoriel et tous les auteurs s'entendent pour que les interventions et la recherche soient orientées sur l'environnement de travail et la conception des équipements, les modèles d'attribution des ressources et le contrôle de tous

les facteurs en relation avec la mobilisation du patient plutôt que strictement sur l'identification des facteurs de risque personnel et la formation du personnel.

Mostardi et al.[17], concluent que dans une population où le risque de blessure est élevé, la force des muscles du dos, une histoire antérieure de douleur ou une blessure antérieure sont de pauvres prédictions de douleur ou de blessure future.

Une démarche qui serait basée sur la sélection des travailleurs soulève une question de principes : la sélection des travailleurs les plus aptes ne fait-elle pas passer au second plan ce qui doit demeurer une priorité, c'est-à-dire les modifications des caractéristiques de la tâche elle-même?

Un facteur qui peut fréquemment diminuer la liberté de mouvement du personnel soignant est la tenue vestimentaire. Les uniformes « serrés » et trop étroits peuvent rendre le personnel soignant plus à risque de blessure et de douleur au dos ; ils ont été considérés comme des facteurs cruciaux par plusieurs[8,18]. Les robes ou jupes trop étroites peuvent limiter les mouvements et empêcher le soignant de se positionner correctement.

L'uniforme pantalon, la jupe-culotte ou un uniforme ample qui permettent l'écartement des membres inférieurs de même qu'une prise rapprochée du patient, peuvent être considérés comme adéquats.

La chaussure aussi est importante ; elle doit maintenir le pied, avoir une semelle antidérapante et un talon de 3 à 4 cm (1 à 1,5 po). Une bonne chaussure permet d'éviter les chutes et les glissades en fournissant une meilleure adhérence sur le plancher. Elle permet aussi au soignant d'être plus stable lors des soins d'assistance. Lorsque le soignant veut utiliser des principes de mouvement tels qu'un transfert de poids latéral, un soulier antidérapant augmente la stabilité du soignant et rend efficace la poussée de la jambe pour effectuer le transfert de poids ; au contraire, si les pieds glissent, le soignant risque d'être déséquilibré et il ne sera pas efficace dans son mouvement.

En conclusion, l'élimination des dangers présents dans la situation de travail est beaucoup plus efficace pour diminuer les accidents du travail que les efforts réalisés pour identifier « le profil des travailleurs à faible risque de se blesser ».

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] RODGERS, S. *et al*. *Ergonomic Design for people at work, Eastman Kodak Company*, Van Nostrand Reinhold, New-York, 1986, vol. 2, chap. 23, p. 395-417.

[2] STUBBS, D.A., P.W. BUCKLE, M.P. HUDSON et P.M. RIVERS. *Back pain in the nursing profession I - Epidemiology and pilot methodology, II - The effectiveness of training,* Ergonomics, 1983, 26, p. 755-765, 767-779.

[3] DEHLIN, O., B. HEDENRIED et J. HORAL. *Back symptoms in nursing aides in a geriatric hospital,* Scan. J. Rehab. Med., 1976, 8, p. 47-53.

[4] HARBER, P., E. BILLET, M. SUTOWSKI, K. SOOTOO et M. LEE. Roman, A. *Occupational low back pain in hospital nurses,* Journal of occupational medicine, 1985, 27, 7, p. 518-524.

[5] COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL. *Statistiques d’accidents pour le secteur de la santé et des services sociaux,* 1992.

[6] CATO, C., D.K. OLSON et M. STUDER. *Incidence, Prevalence and Variables associated with low back pain in staff nurses,* AAOHN Journal, August 1989, vol. 37, n° 8, p. 321-327.

[7] THE ROBENS INSTITUTE - UNIVERSITY DE SURREY. *Maux de dos des infirmières, sommaire et recommandations*, 1984.

[8] MCABEC, R.R. *Nurses and Back Injuries,* AAOHN Journal, mai 1988, vol. 36, n° 5, p. 200-209.

[9] GARRET, B., *et al*. *Back injuries among nursing personnel : the relationship of personal characteristics, risk factors, and nursing practices,* AAOHN Journal, vol. 40, n° 11, nov. 1992, p. 510-516.

[10] TROUP, J.D.G. *Causes, prediction and prevention of back pain at work,* Scand. Journal Work environment Health, 10 (1984), p. 419-428.

[11] BURGMEIER, A.C., B. BEINDAUER et M.T. HECHT. *Les lombalgies en milieu hospitalier : aspects épidémiologiques et rôle des divers facteurs de risque,* Revue d'épidémiologie et de santé publique, 1988, 36, p. 128-137.

[12] ASSTSAS. *Tableau de bord,* déc. 1993, p. 20-21.

[13] OWEN, B.D. *et al*. *Personnel characteristics and back injury among hospital nursing personnel,* Research in Nursing and Health, 1984, 7, p. 305-313.

[14] PARENTE, A. *Changing habits helps reduce back injuries,* Hospital Employee health, février 1985, p. 21-22.

[15] SNOOK, S.H. *Approaches to the control of back pain in industry : job design, job placement and education/training.* Professional Safety, août 1988, p. 23-31.

[16] ROBERT J. et USTBY. *Pre-employment back X-Rays and Unnecessary Practice : try another approach*!, Occupational Health Nursing, July 1981, p. 20-23.

[17] MOSTARDI, R. *et al*. *Isokinetic Lifting Strength and Occupational injury*, Spine, vol. 17, n° 2, 1992, p. 189-193.

[18] MARCHETTE *et al*. *Back Injury : a preventable occupational hazard*, Orthopaedic Nursing, nov.-déc. 1985, vol. 4, n° 6, p. 25-29.

Les tâches

Les tâches du personnel soignant sont très diversifiées et peuvent différer selon la fonction, le type d'unité de soins, la clientèle, etc. Certaines tâches sont plus cléricales : rédaction de plans de soins, inscription de notes d'évaluation au dossier, relevé des prescriptions, communication avec d'autres services pour rendez-vous ou résultats d'examen, etc. ; d'autres tâches sont en relation avec le traitement par médication : installation de soluté et surveillance, préparation et distribution des médicaments.

Une proportion importante de la journée de travail est aussi occupée par les soins, communément appelés « de base » : soins d'hygiène (bain au lit, bain à la baignoire, assistance au lavabo, etc.), soins de confort (installation au lit, au fauteuil, repositionnement, réfection des lits, etc.), soins en relation avec l'élimination (transfert à la toilette, installation et changement de culotte d'incontinence, installation de la bassine, etc.), l'alimentation (distribution des cabarets, couper les aliments, aider à manger ou faire manger, installation des patients pour les repas, etc.) et tout ce qui concerne les déplacements du patient (aide à la marche, transfert hors et dans le lit, etc.). Ces soins dits « de base » entraînent une charge physique très importante et sont bien souvent considérés comme moins valorisants pour le personnel ; ils sont plus facilement distribués au personnel moins ou non spécialisé (les infirmières auxiliaires et les préposés), ce qui peut expliquer que ces catégories de personnel soignant ont une incidence plus élevée d'accidents du travail. Les efforts excessifs, responsables de 62,2 % des accidents chez le personnel soignant, sont majoritairement en relation avec la mobilisation des patients ; ce sont principalement les tâches exécutées pour dispenser ces soins de base qui entraînent ces accidents. Cependant, lors de la formation académique de ces professionnels de la santé (infirmières et infirmières auxiliaires) peu de temps est consacré à l'apprentissage des principes de sécurité lors de l'exécution de tâches de déplacement ou d'assistance physique aux bénéficiaires. En ce qui concerne les préposés aux bénéficiaires, il existe maintenant des écoles de formation et les soins d'assistance et de mobilisation des patients sont inclus dans le contenu global de formation.

Le personnel soignant, en plus des efforts excessifs, doit régulièrement adopter des postures contraignantes et marcher de bonnes distances quotidiennement.

Nous n'avons pas abordé tout ce qui touche les exigences mentales du travail de soignant ; cependant, cet aspect est très important et doit être considéré. Le personnel est quotidiennement en contact avec la mort, la maladie, la détresse des patients ; de plus, il doit souvent intervenir dans des situations d'urgence où la charge mentale est très élevée.

Postures de travail

Le personnel soignant, de par ses fonctions auprès des bénéficiaires, doit souvent être en position debout et marcher parfois sur de longues distances. Des études menées en France [1, 2, 3] ont analysé les différentes postures de travail pendant le quart de travail incluant les pauses et les repas. « La posture assise est adoptée, en moyenne, un quart du temps total de travail par les infirmières et les aides-soignantes alors qu'elles sont debout (en marche ou avec piétinements) pendant environ la moitié du temps de travail. Les postures pénibles (penchée, accroupie, bras en l'air ou liée à la nécessité de pousser des chariots, manutentionner des malades, soulever des sacs de linge) sont observées pendant un quart du temps en moyenne. Pour les aides-soignantes du matin, ces postures pénibles atteignent 46 % du temps ». La pathologie ostéo-articulaire et musculaire est la première cause d'arrêt de travail et a une fréquence proche des postures observées dans les métiers les plus pénibles[2].

Les postures de travail peuvent varier en fonction du service et du quart de travail. De façon générale, les préposés passent moins de temps en position assise que les infirmières, celles-ci devant inscrire des informations dans les dossiers. Par contre, les préposés ont peu de tâches où ils peuvent s'asseoir, sinon aux pauses et pendant le repas. Il est plutôt rare qu'un soignant s'assoit pour dispenser des soins (prise de sang, installation de soluté, alimentation, etc.).

L'adoption de postures pénibles est très fréquente, même si des lits ajustables en hauteur sont disponibles ; les lits, faute de temps ou à cause du mauvais fonctionnement des manivelles ou par oubli, ne sont pas toujours ajustés pour effectuer des soins (installer un soluté, faire une prise de sang, donner un bain au lit, installer un patient, etc.) et trop souvent le soignant travaille penché et parfois éloigné du bénéficiaire. Lorsque les lits ne sont pas à hauteur variable, le soignant, même s'il le désire, ne peut jamais rehausser la surface de travail et travailler sans flexion du tronc.

De plus, le personnel est souvent obligé de travailler les bras en élévation pour accrocher les sacs à soluté ou pour aller chercher du matériel sur des étagères trop élevées. Les armoires basses, les petits réfrigérateurs installés au sol obligent le personnel à s'accroupir ce qui est considéré comme une posture pénible.

La posture debout, elle-même est un facteur de pénibilité. Il faut aussi considérer les distances parcourues par le personnel soignant. Les mêmes études françaises[1, 2, 3] ont révélé que le personnel pouvait parcourir de 2,5 km jusqu'à 18 km par quart de travail ; évidemment, l'architecture des lieux et l'organisation du travail influencent grandement ces distances. Une étude réalisée au Québec[4] dans un centre d'accueil d'hébergement pour personnes âgées a révélé que, dans les cas favorables, les distances parcourues sont de 2 à 3 kilomètres par quart de travail alors que, dans les cas défavorables, ces résultats atteignent 5,5 à 6 km par quart de travail. Dans le cas d'une infirmière de nuit, cela a permis de constater qu'elle passait environ 2,5 heures à faire de la marche à pied, soit le tiers de son temps de travail. Ces déplacements contribuent à augmenter la charge physique et entraînent de la fatigue chez les travailleurs. Ce sont les activités en relation avec le déplacement des patients et la distribution des médicaments qui génèrent le plus de déplacement.

Le mobilier, de par ses dimensions et ses caractéristiques, de même que les lieux de rangement présentent souvent des hauteurs inférieures à 15 cm (6 po) et supérieures à 1,80 m (71 po) ; ceci contribue à l'adoption de postures accroupies ou en extension avec les membres supérieurs en élévation au-dessus des épaules. Ces postures sont considérées comme pénibles et entraînent une plus grand dépense énergétique et par le fait même, de la fatigue.

Posture debout

L'adoption de la posture debout amène des conséquences au niveau des différents systèmes du corps humain. Lors du maintien prolongé de la station debout, le sang se répartit davantage dans les membres inférieurs à cause de l'effet de la gravité, diminuant ainsi le sang dans les vaisseaux du tronc ; ceci contribue à une diminution de la pression sanguine et une augmentation de la fréquence cardiaque.

Pour maintenir l'équilibre en position debout, de nombreux muscles doivent se contracter et cela augmente la consommation d'énergie de 8 % à

47 % par rapport à la position assise. En posture debout, la colonne doit supporter tout le poids de la partie supérieure du tronc, augmentant la pression sur les vertèbres lombaires[5].

D'autres problèmes sont soulevés par l'adoption d'une position debout prolongée, soit l'insuffisance veineuse (principalement lors de la position debout statique), les varices et l'œdème des membres inférieurs. La posture debout peut aussi avoir une influence sur les pathologies du dos ; le disque intervertébral reçoit son apport nutritionnel par diffusion à travers l'anneau fibreux. Pour que cet apport soit favorisé, il faut être en présence de changements fréquents de pression créés par le mouvement. Or, toute position statique ne favorise pas un apport nutritionnel du disque. La CSST, dans une de ses publications[5], fait référence à une étude de Magora qui a fait la relation entre les maux de dos et la position debout ; cependant, la position assise prolongée amenait aussi des douleurs. Donc, de trop longues périodes de travail dans une même posture, que ce soit assis ou debout, sont reliées à une forte incidence de douleurs au bas du dos. De plus, certains troubles gynécologiques ont été associés à la posture debout ; cependant, aucune explication biologique ou physiologique n'explique ce lien.

Un des éléments de prévention concernant la position debout est de se questionner sur la nécessité d'exécuter la tâche en position debout. Certaines tâches, telles que les prises de sang, l'installation d'un soluté pourraient être exécutées en position assise, à condition qu'un siège approprié soit disponible ; de plus, cela peut éviter l'adoption de postures penchées pour exécuter ces tâches, le personnel étant plus près du membre à piquer et ayant ainsi une meilleure visibilité. Toutefois, de nombreux préjugés sont encore associés à la position assise : « une personne assise ne travaille pas » ; il faudrait que des discussions se produisent entre les membres de l'équipe soignante afin d'identifier les tâches qui peuvent être exécutées en position assise, en s'assurant que cela n'entraîne pas d'autres contraintes posturales.

Une modification de l'organisation du travail de façon à considérer aussi les distances à parcourir dans l'attribution des patients au personnel de façon à diminuer le marchement ; éviter qu'un même soignant ait des patients localisés aux deux extrémités d'une même unité et qu'il doive marcher toute la longueur du corridor à plusieurs reprises dans la journée.

Regrouper les divers services communs à tout le département afin d'éviter les déplacements sur de longues distances. Une meilleure planification et une meilleure préparation avant l'exécution d'une tâche sont de bons moyens pour identifier et apporter tous les équipements et instruments nécessaires pour son exécution ; cela évite les déplacements inutiles parce qu'un équipement a été oublié. Dans le cas de soins spécifiques, tel un pansement particulièrement compliqué, une liste de tout ce qui est nécessaire pour faire le pansement peut être jointe au dossier comme aide-mémoire, afin de faciliter cette préparation et d'éviter les déplacements reliés aux oublis.

Postures pénibles

La durée des postures pénibles varie aussi selon le titre d'emploi et le type d'unité. Des études d'Estryn-Béhar[1, 2, 3] considèrent comme postures pénibles, celles où le soignant est accroupi, a les membres supérieurs en élévation au-dessus des épaules, travaille en position très fléchie, manutentionne des charges, pousse des chariots, etc. Les aides-soignantes, dans les études d'Estryn-Béhar[1, 2], travaillent fréquemment en postures pénibles, 30 % du temps pour une majorité et pour certaines cela va jusqu'à 50 % du temps. Les infirmières effectuent aussi plusieurs tâches avec des postures pénibles : bras en l'air pour accrocher des solutés, posture penchée pour les prises de sang, les bains au lit, posture accroupie ou à bout de bras pour récupérer du matériel sur des chariots ou dans des armoires, etc. Il existe en France une norme qui considère comme pénible pour une femme toute tâche s'effectuant en-dessous de 70 cm (28 po) et au-dessus de 1,40 m (56 po)[6]. Si nous considérons les références américaines, NIOSH, dans le livre de Rodgers, précise que les levers très bas à moins de 25 cm (10 po) et de plus de 1,35 m (53 po) ne sont pas recommandés[7].

L'aménagement des lieux de même que les caractéristiques des mobiliers influencent grandement les postures de travail. Tout rangement en hauteur ou situé près du sol nécessite le travail avec bras en élévation ou l'adoption d'une position accroupie. Les surfaces de travail fixes en hauteur peuvent favoriser les postures penchées (ex. : baignoire basse, lit à hauteur fixe) selon leur hauteur, de même que les équipements ajustables mais dont les mécanismes d'ajustement sont complexes ou en mauvais état.

Notons aussi que des températures élevées (plus de 22º C) augmentent la pénibilité des tâches et la fatigue.

Afin d'éliminer les postures pénibles et de diminuer la charge physique de travail, les rangements de matériel devraient se situer à des niveaux variant entre les genoux et les épaules. NIOSH, dans le livre de Rodgers[7], précise que le soulèvement de matériel situé sous 25 cm (10 po) n'est pas souhaitable à cause de la difficulté pour les personnes à maintenir leur équilibre lorsqu'elles sont accroupies et à cause de la tension ressentie au niveau des structures de la colonne. Pour éliminer les postures pénibles dans les lieux de rangement, suivre les règles d'aménagement précisées dans la section environnement.

Efforts excessifs

Comme il a été mentionné précédemment, les tâches du personnel soignant comportent de fréquentes manutentions et mobilisations de patients et d'équipements. De plus, les efforts excessifs lors de la mobilisation des patients représentent le genre d'accident le plus fréquent en relation avec les soins[8, 9] (réf. : Statistiques, chapitre 1). L'étude de Cato et al.[10], révèle que 90 % des blessures au dos chez le personnel soignant sont survenues pendant la manipulation d'un patient et que le comportement (mouvement inattendu, ne suit pas les directives, lourd, refus de coopération, équilibre instable, etc.) de celui-ci avait contribué à l'accident dans 64 % des cas. Cependant, cet acte de mobilisation du patient est un acte de soin nécessaire et à la fois un geste préventif (éviter l'ankylose, préserver les capacités du patient, prévenir les plaies de lit, etc.) et un geste curatif (rééducation, activation, amélioration de la circulation, etc.). Ce déplacement nécessite à la fois de respecter des principes de sécurité, des contre-indications orthopédiques, des critères physiologiques, des objectifs thérapeutiques, des règles d'hygiène, tout en respectant le patient en tant que personne[11].

Lors de démarches globales de prévention réalisées dans les établissements, l'ASSTSAS a constaté que les manœuvres effectuées au lit (remonter à la tête, rapprocher sur le bord du lit, installer sur le côté, changer les culottes d'incontinence, etc.) étaient responsables d'une proportion importante des accidents lors d'efforts excessifs de même que les transferts au fauteuil. De plus, le personnel soignant doit déplacer des meubles et des équipements roulants (lits, chariots, lève-personne, civières, fauteuils, etc.) de façon régulière et cela dans des espaces trop souvent restreints ; ces tâches représentent aussi des efforts importants réalisés par le personnel.

Contrairement au secteur industriel, dans le secteur hospitalier, ce ne sont pas des éléments inertes qui sont déplacés mais des personnes dont les caractéristiques varient grandement (poids, taille, dimension, forme). De plus, ces personnes peuvent ressentir de la peur, de la douleur, de l'inconfort et leur collaboration peut être fluctuante ; certains patients résistent, s'accrochent, ne fournissent pas l'effort attendu alors que d'autres, pour aider, posent certains gestes qui finalement nuisent à l'effort du soignant.

Il est aussi très important de souligner que la charge déplacée par le personnel soignant au cours d'un quart de travail est très élevée. Prenons l'exemple suivant :

- un préposé en centre hospitalier de soins de longue durée a la responsabilité de fournir des soins à six patients au cours de son quart de travail ;
- en moyenne, il exécute environ douze mobilisations avec chacun de ses bénéficiaires :
  - ❒ installation pour le déjeuner (1) ;
  - ❒ bain au lit (au moins 2 manipulations) ;
  - ❒ transfert au fauteuil (1) ;
  - ❒ transfert à la toilette à deux reprises (4 manipulations) ;
    - ☒ fauteuil à la toilette (2) ;
    - ☒ toilette au fauteuil (2) ;
  - ❒ réinstallation pour le dîner (1) ;
  - ❒ transfert au lit pour la sieste (1) ;
  - ❒ installation au lit (1) ;
  - ❒ transfert au fauteuil après la sieste (1).

Si l'on considère que le poids moyen des patients est d'environ 65 kg (143 lb), nous pouvons constater que ce préposé déplace 4 680 kg (10 296 lb) par quart de travail :

6 patients X 12 manipulations chacun = 72 manipulations
72 manipulations X 65 kg (143 lb) = 4 680 kg (10 296 lb)

Si ce même préposé travaille à temps complet, cela signifie qu'il déplace en moyenne 23 400 kg (51 480 lb), soit plus de 25 tonnes par semaine.

Une autre étude, réalisée en Australie[12] sur une unité de soins de médecine où il avait été demandé au personnel soignant de noter, par quart de travail, le nombre de fois où les patients étaient déplacés ou transférés a démontré qu'en moyenne, chaque patient était déplacé 34,5 fois pendant le quart de jour, 23,7 fois pendant le quart de soirée et 7,4 fois pendant le quart de nuit. Ces chiffres peuvent nous apparaître très élevés mais par contre, notre exemple d'un minimum de douze manipulations par patient n'est aucunement exagéré.

Heureusement, tous ces patients n'ont pas été soulevés manuellement ; ils ont pu être glissés, pivotés, roulés ou déplacés mécaniquement. Comme le travail d'équipe est de plus en plus réalisé sur les unités, cette charge a pu être déplacée par deux soignants. Cependant, il demeure que la charge déplacée est très élevée et qu'il faut mettre en place des moyens pour diminuer les efforts manuels de déplacement des patients.

De plus, il est important de considérer le phénomène d'alourdissement de la clientèle. En centres hospitaliers de courte durée, on constate une diminution du temps de séjour de même qu'une intensification des soins et des traitements à procurer à des personnes toujours plus gravement atteintes et une intensification du rythme de travail[13].

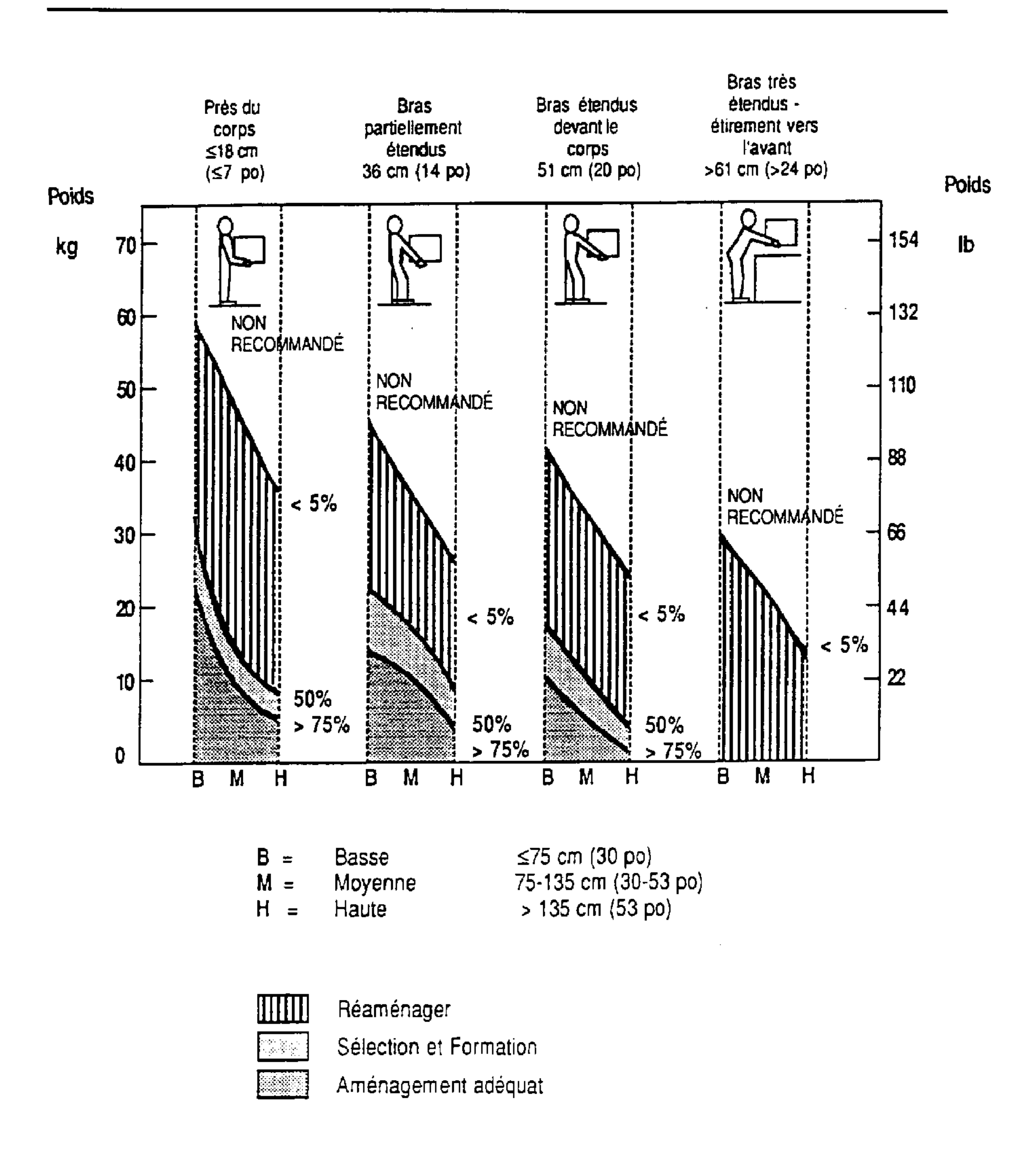
En centres d'hébergement et de soins de longue durée, la clientèle admise en perte d'autonomie est plus importante et il n'est pas rare que des patients requièrent 3,5 - 4 et même 5 heures de soins par période de 24 heures, donc, le besoin pour le personnel soignant de fournir une assistance physique importante et de réaliser des efforts physiques est grandissant.

Au Québec, il n'existe pas de norme sur le poids maximal à soulever, sauf dans le Règlement sur les déchets solides où l'on spécifie que « tout contenant de déchets solides ne doit jamais excéder 25 kg (50 lb) dans tous les cas où l'enlèvement des déchets solides s'effectue manuellement »[14].

Les recherches effectuées démontrent qu'il est illusoire de fixer une charge maximale acceptable à soulever pour l'ensemble des travailleurs[15]. Selon NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health)[7], plusieurs éléments influencent la capacité de levage autant en ce qui concerne les caractéristiques de l'objet manipulé (longueur, largeur, profondeur, centre de gravité, facilité de prise, stabilité) que celles de la

tâche et de l'environnement (hauteur de soulèvement, fréquence, durée, urgence de la situation, disponibilité d'aide, complexité, horaire, éclairage, température, proximité de l'objet). Les caractéristiques du travailleur influencent aussi. Toutefois, la conception des tâches de soulèvement devrait accommoder la grande majorité des travailleurs sans nécessiter de sélection selon l'âge, la force ou la condition physique.

NIOSH, dans le livre de Rodgers[7] , a fourni des précisions importantes en ce qui concerne le soulèvement occasionnel de charges compactes à deux mains.



Cette reproduction est une gracieuseté de la compagnie Eastman Kodak
* Source : Rodgers, S.H. et sl., Vol. 2, page 242, Adaptation de NIOSH.

Guide de soulèvement occasionnel de charges

Source : ASSTSAS. Tiré de *Approche globale en prévention : mode d'emploi, volume 1 : unité de soins*, 1991, p. 239.

L'examen de ce tableau permet de préciser que lorsque la charge est placée près du corps, ≤ 18 cm (7 po) et soulevée occasionnellement (≤ 1 fois aux 5 minutes), à une hauteur moyenne de 75 à 135 cm (30 à 53 po), le poids de la charge à soulever ne doit pas dépasser 10 kg (22 lb) ; dans ces conditions, plus de 75 % des travailleurs peuvent réaliser le soulèvement. Lorsque la charge est située en-deçà de 75 cm (30 po), le poids ne doit pas dépasser 22 kg (45 lb) ; cependant, il est précisé que les levers très bas, à moins de 25 cm (10 po) ne sont pas recommandés à cause de la difficulté à maintenir l'équilibre en position accroupie et parce que le stress sur les structures du dos est élevé. Pour les levers en hauteur, de plus de 135 cm (53 po), ce n'est pas recommandé à moins que le poids de l'objet soit de moins de 5 kg (11 lb).

Dans le tableau, quatre graphiques sont illustrés ; ceux-ci tiennent compte des hauteurs de soulèvement de même que de la proximité de la charge par rapport à la personne. Tel que recommandé par NIOSH[7], la zone la plus basse de chacun des graphiques est celle qui permet à plus de 75 % des travailleurs de réaliser la tâche selon l'aménagement de travail actuel. La zone supérieure est non recommandée parce que moins de 5 % des personnes peuvent réaliser le soulèvement sans danger. La zone moyenne se divise en deux :

- la zone inférieure indique qu'une sélection et une formation appropriée permettent à au moins 50 % des travailleurs de réaliser le soulèvement ;
- la zone supérieure (hachurée) indique que 50 % à 95 % des travailleurs auront de la difficulté à réaliser la tâche ; donc la tâche mérite d'être modifiée parce que les risques de blessure sont élevés.

Il est aussi possible de constater que lorsque la charge s'éloigne du travailleur, les besoins de modifier la tâche augmentent. De plus, il est important de préciser qu'il s'agit de soulèvement d'une charge compacte, qui présente de bonnes prises et qui est soulevé une fois au moins par cinq minutes.

En ce qui concerne le personnel soignant, la « charge manipulée » est une personne qui mesure de façon générale plus de 1 m 52 (60 po) et dont le poids est de plus de 50 kg (110 lb). Il arrive que ces personnes présentent de la douleur, ont des difformités ; de plus, certaines sont

agressives et peuvent poser des gestes imprévisibles. Il n'est pas toujours possible d'avoir une prise très rapprochée du bénéficiaire (ex. : lever en bloc d'un patient alité pour changer la literie), alors il devient encore plus impérieux de considérer ces références. Nous pouvons donc conclure que compte tenu du poids des personnes à soulever et de la proximité par rapport au soignant, **il n'est plus indiqué, ni sécuritaire de « soulever » manuellement**[7, 8, 9, 16] une personne dont les capacités ne lui permettent plus de participer à son transfert, même si le soulèvement est effectué par deux soignants. L'usage d'une aide mécanique tel le lève-personne est alors recommandée pour soulever le patient.

En plus des tâches de soulèvement de patients, d'autres manipulations tels les transferts lit ↔ civière sont exigeantes pour le personnel, surtout lorsque le patient ne peut coopérer ; plusieurs équipements sont disponibles sur le marché et peuvent contribuer à diminuer ces efforts (ex. : air pal, glidder, rouleau de transfert, planche, etc.). Vous pouvez consulter les publications de l'ASSTSAS concernant les équipements de transfert ; tous contribuent à diminuer la friction entre le patient et le lit et ainsi les efforts de déplacement.

Le déplacement du lève-personne en charge lorsque l'espace est restreint dans la chambre est très exigeant ; physiquement, l'exécution à deux de cette tâche en diminue les exigences mais l'installation d'un lève-personne sur rail au plafond élimine complètement cet effort de pivotement du lève-personne.

En ce qui concerne les autres types d'efforts excessifs reliés aux déplacements des équipements, les éléments de prévention sont de deux ordres : l'un concerne l'environnement, l'autre concerne les équipements.

L'aménagement des lieux physiques de même que les espaces disponibles dans les chambres devraient être suffisants afin que le personnel n'ait pas à déplacer fréquemment les meubles dans la chambre, soit pour l'utilisation du lève-personne ou pour réaliser les transferts en toute sécurité.

Un autre élément parfois oublié et qui peut aider à diminuer les efforts du personnel est la participation du bénéficiaire à sa mobilisation. En effet, même si la clientèle des établissements de santé s'alourdit, il demeure qu'une proportion variable de patients peuvent encore participer à leur

transfert lorsqu'on les y incite. Cependant, le rythme d'effort est plus lent et le personnel se plaint souvent qu'il n'a pas le temps de « laisser faire » le patient. Il faut donc solliciter cette participation du bénéficiaire et lui permettre de fournir l'effort demandé ; ainsi, l'effort déployé par le soignant est moindre et cela permet de préserver une certaine autonomie du bénéficiaire pendant plus longtemps : ce que le patient peut faire, le soignant n'a pas à le faire. Cela devient donc avantageux pour tout le monde (à court, moyen et long terme).

Souvent certains patients sont identifiés comme difficiles à transférer à cause de leur poids, de leur handicap ou pour d'autres raisons ; il est important d'examiner, avec l'équipe de soins, la fréquence des mobilisations et des transferts réalisés dans une journée. Certains établissements considèrent que tous les patients doivent déjeuner au fauteuil ; cependant, ces patients doivent être transférés de nouveau au lit après le déjeuner afin d'être lavés et habillés ; un moyen de diminuer les efforts excessifs du personnel, sans diminuer la qualité des soins, est d'installer confortablement le patient au lit pour déjeuner, de procéder ensuite aux soins d'hygiène et à l'habillement et par la suite de le transférer au fauteuil. Cette décision auprès d'un seul patient élimine deux transferts à risque et permet de diminuer les efforts de déplacement tout en contribuant à « désengorger » la période de 8 h à 11 h, période où l'incidence des accidents est la plus élevée.

L'étalement des tâches exigeantes physiquement peut être un moyen de diminuer la fatigue du personnel même si concrètement cela ne contribue pas à diminuer la quantité de poids mobilisé dans une journée. Il est bien évident que la dispensation des soins d'hygiène en matinée avant 11 h est une habitude ancrée profondément ; cependant, un meilleur étalement de ces soins au cours du quart de travail pourrait faciliter le travail de tous. Ce genre de changement n'est pas facile mais il suffit parfois de reporter quelques bains en après-midi (1 par soignant par exemple) pour diminuer grandement la fatigue. Ce type de changement peut être mis à l'essai pour une période de quelques semaines et ensuite l'équipe de soins fait le bilan des avantages et des inconvénients d'une telle pratique.

Le travail d'équipe, de plus en plus présent sur les unités de soins, contribue à diminuer la fatigue, les efforts physiques et les risques d'accident. Une clientèle en perte d'autonomie, qui peut participer à ses mobilisations, devrait être mobilisée à deux pour toutes les installations ;

ceci permet aux soignants de diminuer l'effort requis ; cependant, la communication entre les intervenants doit assurer une très bonne synchronisation de l'effort.

En ce qui concerne les équipements sur roulettes, plusieurs facteurs peuvent en influencer le roulement et ainsi diminuer les efforts du personnel : le diamètre de la roue (plus c'est grand, plus c'est facile), la qualité de la bande de roulement, le roulement à bille, la propreté des roues et leur orientation, la pesanteur, etc.

Certains patients déplacés en civière pour des examens pourraient l'être en fauteuil roulant si les chaises roulantes étaient disponibles en quantité suffisante et équipées de tige à soluté ; cela demande beaucoup moins d'effort d'utiliser un fauteuil roulant plutôt qu'une civière.

Donc, l'élimination des efforts de soulèvement, la participation du bénéficiaire, l'utilisation des équipements de levage, l'utilisation d'équipement en bon état et répondant aux critères de sécurité et l'élimination du déplacement de meubles par un environnement adéquat sont tous des moyens utiles pour diminuer le plus possible les efforts excessifs. Cependant, il ne faut pas oublier un outil supplémentaire de prévention qui est la formation des travailleurs à l'utilisation des principes de sécurité.

Formation

Des personnes de différentes professions interviennent auprès des bénéficiaires et doivent, à un moment ou l'autre, les assister dans leur déplacement ou les aider à se mouvoir (ex. : une technicienne en radiologie qui doit installer un patient sur une table d'examen ; un préposé aux bénéficiaires qui amène un patient à la salle de toilette ; une infirmière qui transfère un patient du lit à la civière).

Absence de formation ou formation insuffisante

Un premier problème que l'on peut considérer est la formation du personnel intervenant auprès des bénéficiaires ; celle-ci est très diversifiée et varie d'une maison d'enseignement à une autre et selon chaque type d'intervenant. Certains étudiants ne reçoivent aucune formation en santé et en sécurité du travail, ni en ce qui concerne la manutention des personnes, d'autres reçoivent une ou deux heures sans application pratique, d'autres peuvent recevoir jusqu'à quarante-cinq heures suivies d'une période de stage, d'autres reçoivent la formation PDSB.

Le déplacement des patients et les soins d'assistance aux bénéficiaires font partie des actes quotidiens que tout intervenant auprès des bénéficiaires est susceptible d'accomplir. Pour réaliser ces soins d'assistance de façon sécuritaire, le personnel doit recevoir une formation appropriée théorique suivie d'une intégration pratique. Lorsque cette formation est inexistante ou insuffisante, le risque de blessure est augmenté chez le personnel et chez les patients et la qualité des soins peut en être atteinte. Trop souvent encore, les soins d'assistance et de mobilisation des patients sont considérés comme exigeants physiquement, mais on pense rarement qu'ils nécessitent une analyse de la situation afin de déterminer la méthode la plus appropriée et la plus sécuritaire dans les circonstances. Ces soins ne sont pas toujours considérés comme des actes aussi « professionnels » que l'installation d'un soluté ou la mise en place d'un pansement par exemple. Cependant, dans les faits, ces soins d'assistance occupent une bonne proportion du temps des soignants et contribuent à l'amélioration du confort du patient et à une bonne qualité des soins. Cette considération des soins de déplacement des patients peut peut-être expliquer pourquoi au niveau universitaire et collégial, la formation est très limitée et même parfois inexistante. Par contre, dans les commissions scolaires et les écoles de formation de préposés aux bénéficiaires, la majorité des préposés reçoivent PDSB et certains

reçoivent jusqu'à quarante-cinq heures de cours sur le déplacement de patients. Les maisons d'enseignement considèrent souvent que la formation à la manutention des patients est une formation en cours d'emploi et ne doit donc pas faire partie de la formation de base des infirmières, des professionnels en réadaptation ou des techniciens de la santé. C'est ce qui peut expliquer l'absence de formation en santé et en sécurité des travailleurs.

Il ne s'agit donc pas de mauvaise volonté de la part des nouveaux travailleurs, mais plutôt d'une formation insuffisante ; c'est donc sur le « tas » qu'on apprend les rudiments de la manutention et les principes de sécurité.

Nous ne pouvons donc que souhaiter que le PDSB soit intégré à la formation des étudiants qui interviendront par la suite auprès des bénéficiaires quelle que soit la maison d'enseignement ; de plus, les étudiants devraient être informés des risques reliés à leur nouveau métier et les principes de santé et de sécurité du travail devraient être intégrés à toutes les étapes de la formation et pas seulement en ce qui concerne la mobilisation des personnes.

Pour les intervenants qui n'ont pu bénéficier de la formation PDSB à l'école, c'est l'établissement de santé qui doit fournir cette formation ; de plus, les connaissances dans le domaine du déplacement des personnes évoluant, il est normal que le personnel à l'emploi depuis de nombreuses années puisse bénéficier d'un perfectionnement dans ce domaine. Cependant, pour être efficace, cette activité de formation doit être structurée et diffusée en respectant certaines règles.

Jusqu'à récemment, la formation des travailleurs était souvent considérée comme l'intervention à privilégier pour diminuer les accidents du travail. Cependant, des études soulignent que les programmes de formation à la manutention ont été peu efficaces pour prévenir les maux de dos[17, 18, 19].

La formation au déplacement des bénéficiaires est importante et nécessaire ; cependant, ce qui est problématique, c'est lorsqu'on croit que la formation comme seule intervention de prévention peut prévenir les maux de dos[20]. Stubb et al.[17], dans leur étude, précisent que « si le travail est intrinsèquement non sécuritaire, aucun enseignement ne peut corriger la

situation ». Soulever un adulte de taille normale est une action intrinsèquement dangereuse. Il est très difficile d'établir des normes sur le poids maximal qui peut être levé de façon sécuritaire ; si cette difficulté existe pour le milieu industriel, c'est encore plus difficile pour les établissements de soins où l'« objet » déplacé est une personne[17]. Cela signifie donc que dans la problématique des maux de dos, il faut agir sur tous les éléments de la situation de travail afin de diminuer le plus possible les efforts de déplacement de patients. Trop souvent, les soignants constatent que l'environnement de travail restreint de même que les équipements en mauvais état nuisent ou empêchent carrément l'utilisation des principes de sécurité. De plus, le travail à deux soignants est souvent indiqué[21, 22] pour réaliser un déplacement du patient au lit ; toutefois, ce n'est pas toujours facile à mettre en pratique puisqu'un travailleur (souvent de soir et de nuit) se retrouve parfois seul au département ou aucun collègue n'est disponible pour l'aider. Donc, même si les travailleurs connaissent les principes de sécurité, il n'est pas toujours possible de les mettre en application.

L'étude de Wachs[23] a démontré que seulement 2 % des clients étaient déplacés de la manière prescrite. Les soignants respectaient différents principes, mais très rarement la totalité des principes de sécurité enseignés ; les côtés de lit ne sont pas abaissés, les lits ne sont pas ajustés, ils n'utilisent pas les transferts de poids pour bouger le patient, etc. Les jeunes infirmières utilisent davantage les principes que les plus anciennes ; ces jeunes travaillent souvent aux soins intensifs, lieux où le patient est en perte d'autonomie plus importante. De plus, les lits sont souvent laissés en position haute puisque ce sont principalement des déplacements au lit qui sont réalisés. Comme le patient est souvent dans l'impossibilité d'aider au déplacement, le personnel travaille à deux et respecte davantage les principes. Wachs[23] mentionne aussi que le personnel prend plus de précautions quand le patient est lourd et que l'effort demandé est plus important.

Une étude réalisée au Québec[24] a démontré que le profil de travail « dos droit - genoux fléchis » (enseigné dans la majorité des programmes de formation) était très peu utilisé. Ils ont observé que dans 56 % des cas, à peu près aucun principe n'est utilisé : le personnel travaille avec le dos, durant l'effort, il y a soit une torsion ou une flexion latérale du tronc et les jambes sont le plus souvent non utilisées. Dans l'autre 44 % des cas, certains des principes sont plus souvent utilisés : le personnel travaille

encore avec le dos, mais sans torsion ni flexion latérale et les jambes sont plus souvent utilisées. Le premier type de comportement observé (56 % des cas) prédomine dans les manœuvres à composante horizontale, principalement les déplacements dans le lit. Le deuxième type de comportement observé (44 % des cas) se réalise surtout dans les manœuvres de transfert qui sont strictement verticales, particulièrement celles exécutées à partir de la chaise.

Il est important de mentionner que lors de la réalisation des projets PAD (Prévention - Accidents - Dos) et PRAT (Programme de Réduction des Accidents du Travail), nous avons pu constater qu'un pourcentage important des accidents survient lors des manipulations au lit et principalement lors des remontées à la tête du lit, manœuvre où les principes ne sont pas respectés (selon St-Vincent et al.[24]). Les observations de tâches réalisées lors des PAD et PRAT démontrent aussi que l'espace disponible à la tête du lit est souvent un empêchement à l'utilisation des principes pour remonter le patient à la tête du lit ; pour réaliser cette méthode de façon sécuritaire, il faut conserver au moins 50 cm (20 po) libre de chaque côté de la tête du lit. Un somno sur roulettes peut y être placé, mais celui-ci doit être déplacé pour réaliser le transfert. Cela illustre de façon claire que seul l'enseignement de principes de sécurité sans examen et considération des autres éléments de la situation de travail ne peut corriger la situation. Même si le travailleur souhaite utiliser les principes de sécurité, l'environnement l'en empêche souvent.

Donc, pour favoriser l'application des principes du PDSB, il est nécessaire qu'un programme de prévention global des accidents ait été mis en place de façon à ce que la situation de travail actuelle (environnement, équipement, organisation, personne, tâche, temps) permette l'utilisation des principes de sécurité.

L'établissement qui désire mettre en place une activité de formation devrait déterminer les objectifs poursuivis afin de pouvoir vérifier, par la suite, l'atteinte de ces objectifs. De plus, il est nécessaire de cibler la clientèle visée par la formation ; il est toujours préférable d'y aller par département plutôt que d'étendre la formation à tous les départements à la fois. Ainsi, les travailleurs formés pourront échanger avec leurs collègues et tout le service se sent impliqué dans une démarche de prévention. Cette façon de procéder favorise une application immédiate des principes et

développe une entraide et une collaboration de tous les membres de l'équipe dans la recherche de méthodes sécuritaires.

Donc, l'établissement cible un ou deux services qui pourraient bénéficier de la formation ; les statistiques d'accidents, de même que la fréquence des déplacements de personnes, peuvent guider l'établissement dans son choix d'unité. La formation doit être ensuite planifiée de façon à ce que la majorité sinon la totalité des travailleurs de l'unité soit formée le plus rapidement possible. Comme le travail d'équipe et l'entraide sont souhaités sur les unités, la formation devrait regrouper des personnes représentant les différentes professions de l'unité afin de développer cet esprit d'équipe au cours de la formation. Les groupes hétérogènes (infirmière, infirmière auxiliaire, préposé) d'environ huit personnes, sont plus souhaitables que les groupes homogènes ou plus nombreux. Le chef de service doit aussi suivre la formation afin de supporter son équipe ; si les relations avec le chef de service sont harmonieuses, il peut suivre la formation avec ses travailleurs, sinon il devrait s'intégrer à un autre groupe.

L'ASSTSAS propose aux établissements du secteur, depuis une dizaine d'années, un programme de formation appelé PDSB (Principes pour le Déplacement Sécuritaire des Bénéficiaires)[25]. Ce programme vise à enseigner aux travailleurs des principes de santé et de sécurité du travail relatifs à la mécanique corporelle et aux tâches de déplacement des bénéficiaires dans toutes leurs composantes. Il a été conçu pour s'intégrer harmonieusement dans un programme global de prévention des accidents qui visera à améliorer l'ensemble de la situation de travail.

Afin que les travailleurs puissent comprendre et intégrer ces principes de santé et de sécurité, un minimum de temps est nécessaire pour favoriser cet apprentissage ; la formation PDSB est d'une durée de 16 heures (13,5 heures et 2,5 heures de suivi) et est considérée comme un minimum requis pour favoriser l'acquisition de comportements sécuritaires. Cette formation devra être suivie de rafraîchissements périodiques.

Cette formation est constituée de onze blocs thématiques incluant les principes de sécurité :

- principes de préparation ;
- principes de positionnement ;
- principes de prises ;
- principes de mouvements.

Ces blocs sont suivis d'un processus de résolution de problèmes pour résoudre les situations considérées comme difficiles. Par la suite, une heure est consacrée à une formation sur l'utilisation des équipements de levage.

Principes de préparation

L'étape de préparation est utile afin de recueillir les informations nécessaires concernant la tâche à effectuer :

- informations sur le bénéficiaire ;
- informations sur les équipements ;
- informations sur l'environnement ;
- informations sur l'organisation du travail.

Ces informations permettent au personnel de déterminer la stratégie de mouvement la plus sécuritaire compte tenu de la situation de travail analysée (réf. : schéma des étapes de préparation). Cette analyse de la situation peut aussi permettre au travailleur de réaliser qu'il ne peut utiliser ses principes de sécurité à cause d'un manque d'espace, d'un équipement en mauvais état ou parce qu'il ne peut obtenir l'aide d'un collègue.

Selon la stratégie de mouvement choisie, le travailleur demandera ou non l'aide d'un collègue de travail ; une étape de communication avec le patient et avec le collègue suivra afin de s'informer de leur rôle respectif, de la méthode et des étapes de réalisation du transfert.

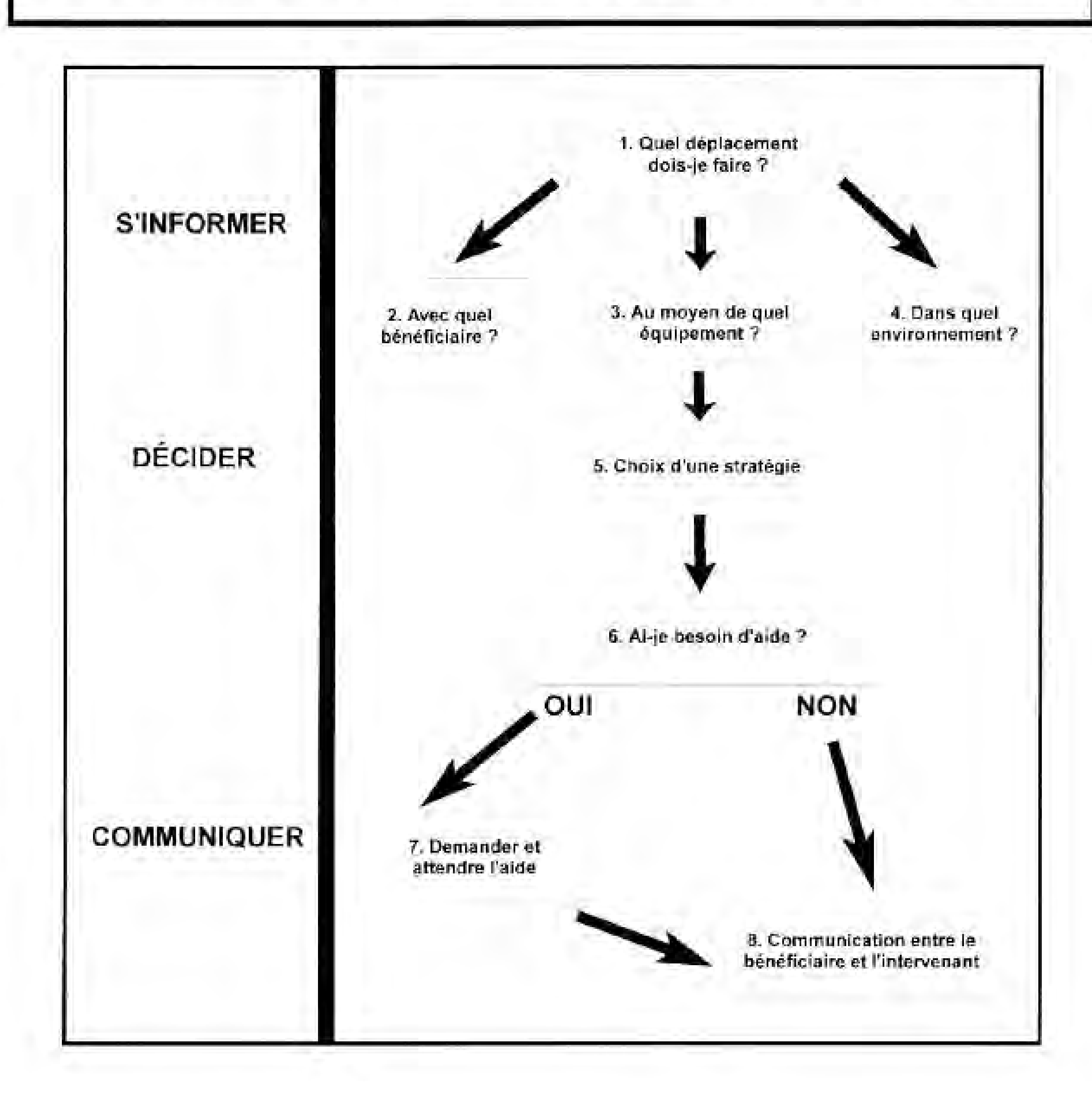


Schéma des 9 étapes de préparation

Source : ASSTSAS. Tiré de *Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires*, cahier 2, Montréal, 1993, page 36.

Principes de positionnement

Afin de fournir une assistance à une personne en perte d'autonomie, le travailleur doit être stable et être confortable dans son mouvement ; c'est pourquoi un premier principe concernant le positionnement est une base large (**pieds écartés**) pour favoriser l'équilibre et la stabilité du travailleur. L'écartement des pieds nécessaire pour conserver une bonne stabilité varie d'une personne à l'autre, en fonction de sa grandeur, de la longueur de ses segments, de sa souplesse, etc. De plus, les pieds doivent être **orientés pour faciliter le mouvement** ; cela permet au soignant d'être en alerte pour réagir efficacement selon le déplacement du patient.

Les mouvements de flexion antérieure du tronc et de torsion sont des postures fréquemment associées aux blessures dorsales. Lorsque le travailleur adopte une posture de flexion du tronc combinée à une torsion lors d'un soulèvement de charge, la pression exercée sur les disques intervertébraux lombaires augmentent considérablement. Au fur et à mesure que l'anneau fibreux s'affaiblit, des lésions apparaissent et peuvent occasionner sa rupture ; le noyau est alors expulsé hors du disque et peut compresser la racine d'un nerf ou encore l'irriter. Ces mouvements combinés étirent les ligaments vertébraux postérieurs, les muscles du dos ainsi que les capsules articulaires. Si les muscles sont tendus, un étirement important provoquera de la douleur. Ces mouvements répétés de flexion antérieure et de torsion peuvent aussi irriter et enflammer les articulations interapophysaires[26].

Tous ces éléments justifient l'adoption de ce principe de positionnement : **dos sans torsion et non voûté**. Un dernier principe concernant le positionnement est celui **des genoux fléchis**. Ce principe permet d'abaisser le centre de gravité du soignant augmentant ainsi sa stabilité ; de plus, cela crée un système d'amortissage permettant aux membres inférieurs d'absorber les chocs et les impacts pouvant être ressentis lors des mobilisations du patient. Lorsqu'il sera temps de bouger le patient, la flexion des genoux permettra aux travailleurs d'utiliser la force musculaire de leurs cuisses pour entraîner le déplacement du patient.

Principes de prises

Avant de déplacer le patient, le personnel doit s'assurer d'une bonne prise sur celui-ci afin de faciliter le déplacement. Un premier principe est celui du **rapprochement de la charge**. Nous savons tous par expérience qu'il est plus exigeant pour la colonne vertébrale de supporter un poids lorsque celui-ci est éloigné du corps. Ceci est dû au fait que le moment de force autour de l'articulation de la colonne est plus grand lorsque le bras de levier (distance entre le centre de gravité de la personne déplacée et le point de rotation au niveau de la colonne du soignant) est grand ; les muscles du dos ont plus d'effort à fournir afin que le tronc du sujet demeure stable et en équilibre[27]. Il est donc important de rapprocher le patient le plus près possible du soignant lors d'un déplacement quelconque afin de réduire l'effort du dos et des membres supérieurs.

De plus, la prise sur le patient doit être **solide** afin de ne pas l'échapper. Les personnes âgées ont souvent la peau fragile et les personnes malades peuvent présenter des douleurs, des plaies, etc., d'où l'importance que la prise soit **douce**, non douloureuse tout en étant solide ; le fait d'envelopper le patient avec ses membres supérieurs permet un meilleur contrôle au niveau du bénéficiaire et celui-ci peut se sentir plus en sécurité. Lorsqu'il n'apparaît pas évident d'avoir une prise solide sur le bénéficiaire, il peut être nécessaire de se **créer des poignées** ; ce peut être de placer une ceinture ou une alèse à la taille du patient, d'utiliser le vêtement du bénéficiaire lorsque approprié (ceinture d'un pantalon) ou d'utiliser une alèse ou un piqué lorsqu'il s'agit de rapprocher le patient sur le bord du lit ou de le remonter dans son lit. L'important est de s'assurer que cette poignée est solide.

De plus, il peut être difficile d'avoir une prise enveloppante avec des personnes obèses ; **l'utilisation d'une rallonge** telle une serviette ou une alèse permet au soignant d'avoir une prise solide tout en conservant une bonne posture. Le patient peut aider à conserver un contact étroit en tenant le soignant, mais il ne doit jamais s'accrocher au cou du travailleur ; le patient risque de déséquilibrer le soignant et celui-ci peut forcer avec le dos et le cou pour empêcher le patient de le déséquilibrer.

Un dernier principe concernant les principes de prises consiste en un **blocage des points glissement**. Il arrive qu'un patient puisse avoir une

faiblesse au niveau des membres inférieurs et que ses genoux fléchissent lors d'un transfert ; le blocage des pieds et des genoux du patient (par le soignant) et le contrôle du bassin permet de le garder debout quelques secondes avec un minimum d'effort, le temps qu'une personne apporte un fauteuil, change une alèse, essuie le siège du patient, etc. Il arrive aussi qu'un patient faible puisse se remonter lui-même à la tête du lit lorsqu'un soignant bloque ses pieds, évitant que ceux-ci glissent sur les draps. Cette forme d'assistance peut être suffisante tout en étant beaucoup moins fatigante pour le personnel.

Principes de mouvements

Comme les membres supérieurs sont occupés à maintenir le patient par une prise adéquate, ce sont les membres inférieurs, plus particulièrement les muscles des cuisses qui créent le déplacement.

De plus, il faut retenir que le soignant doit **rouler, glisser ou faire pivoter le patient plutôt que de le soulever**. Donc, aussitôt que les capacités du patient ne lui permettent plus de se déplacer par lui-même et qu'il requiert l'assistance des soignants pour sa mobilisation, le personnel doit trouver une stratégie de mouvement où il pourra glisser, rouler ou faire pivoter le patient ; ainsi, le patient demeure en contact avec une surface solide (sol, lit, fauteuil), le soignant a moins de poids à supporter. Lorsque l'évaluation de la situation de travail permet de conclure qu'aucun de ces trois mouvements n'est réalisable, le patient doit alors être déplacé au moyen d'une aide mécanique, tel le lève-personne. Si l'on veut parler en termes de santé et de sécurité du travail, il n'est plus question de « soulever » manuellement une personne, même à deux soignants, car cela représente un danger de blessure pour le personnel.

Pour arriver à glisser, rouler ou faire pivoter le bénéficiaire, le soignant peut soit **utiliser les muscles de ses cuisses en effectuant un transfert de poids ou soit utiliser le poids de son corps en effectuant un contrepoids.** Cependant, quelle que soit la stratégie de mouvement utilisée, **le travail doit s'effectuer par étapes.** Cela favorise la participation du bénéficiaire puisqu'on peut mieux respecter son rythme d'effort ; moins d'effort et d'endurance sont nécessaires pour le bénéficiaire et le soignant. Une manœuvre compliquée devient alors plus simple et cela permet au personnel de se réajuster si la manœuvre ne se déroule pas comme prévue.

Les soignants doivent aussi **équilibrer la charge de façon symétrique** permettant ainsi d'éviter les torsions. Les manœuvres de déplacement au lit sont fréquentes et lors de ces mobilisations **les soignants doivent tirer le patient vers eux plutôt que de le pousser** ; le mouvement du patient est mieux contrôlé, les prises sont plus confortables, les bras et le dos ne forcent pas parce que les prises demeurent étroites et le patient se sent plus en sécurité.

Quel que soit le déplacement réalisé, le personnel **ne doit fournir que le niveau d'aide requis par l'état du bénéficiaire et une bonne communication doit s'établir avec le patient et le collègue de travail** si requis, de façon à coordonner les efforts de chacun. Ces principes de sécurité ne sont pas nouveaux, c'est plutôt le concept dans lequel ils s'inscrivent qui est différent. Dans les établissements, le personnel était plutôt habitué à apprendre des « techniques de travail » qui étaient applicables avec tous les patients. Cependant, dans les faits, les patients et les situations de travail étaient différents ; c'est pourquoi avec le PDSB, nous voulons que les travailleurs soient en mesure d'évaluer chaque situation de travail et de déterminer la combinaison de principes (la méthode) la plus sécuritaire dans cette situation ; cette approche exige donc un travail d'analyse de la part du personnel.

Suivi PDSB

L'étape de suivi, à la suite de la formation, est souvent oubliée ou reportée loin dans le temps. Après une formation, les travailleurs ont besoin d'une période d'essai pour mettre en application les connaissances acquises et pour expérimenter de nouvelles méthodes de déplacement de patient. Le travailleur peut connaître certains succès, mais il peut aussi rencontrer certains obstacles ou difficultés dans ses nouveaux apprentissages. Il est très important que le travailleur ait la possibilité de discuter de ses problèmes et de trouver des solutions en collaboration avec son instructeur et ses collègues. Si aucun suivi n'est prévu et que personne n'est disponible pour aider et superviser les travailleurs dans leurs nouveaux apprentissages, il n'est pas surprenant que le personnel retourne à ses vieilles habitudes de travail qu'il maîtrise même si elles présentent des dangers. Les efforts investis dans la formation ne donneront pas les effets souhaités si aucun suivi ni support n'est offert aux travailleurs.

Le suivi devrait se dérouler environ un mois après la formation et une évaluation des besoins devrait se faire avant la rencontre. Cette évaluation des besoins peut se réaliser en distribuant un questionnaire écrit ou par une rencontre avec les travailleurs afin de préciser les difficultés rencontrées et les principes difficiles à appliquer ou à maîtriser. À partir de ces réponses, l'instructeur structure le suivi et détermine le contenu et le déroulement de la rencontre de 2,5 heures. Les suivis directement sur l'unité, avec les bénéficiaires, sont très appréciés des participants et permettent de régler directement sur les lieux les difficultés rencontrées. Des observations des tâches considérées comme difficiles par les participants peuvent être planifiées selon les besoins, tout comme l'instructeur peut prévoir l'accompagnement d'un travailleur qui présente une difficulté particulière. L'objectif de ce premier suivi est de fournir une assistance aux travailleurs pour corriger les problèmes de performance et de compréhension dans l'application des principes PDSB.

D'autres suivis pourront être réalisés par la suite afin d'atteindre les objectifs souhaités par l'implantation du PDSB. Ces suivis peuvent prendre différentes formes : accompagnement professionnel, processus de résolution de problèmes, rencontre d'équipe, formation sur un nouvel équipement, thème mensuel, etc. L'important c'est que la prévention des maux de dos continue à être une priorité du service et que différents moyens soient utilisés pour y arriver ; c'est pourquoi le suivi peut prendre différentes formes : de la feuille d'AVQ (activités de la vie quotidienne) à la tête du lit, en passant par l'accompagnement du travailleur. Cependant, quels que soient les moyens privilégiés, l'intervention doit être positive et axée sur la prévention plutôt qu'orientée vers le dépistage des « délinquants » face à l'utilisation des principes PDSB. Si l'instructeur PDSB ou les personnes qui réalisent les suivis ont le mandat de « jouer à la police », plutôt que d'aider les travailleurs, cela a souvent comme conséquence une détérioration du climat de travail, une perte de collaboration des travailleurs et une diminution des bénéfices acquis antérieurement à la suite de la formation PDSB.

L'instructeur PDSB n'est pas toujours en mesure de procéder seul aux activités de suivi ; il ou elle ne peut être présent sept jours par semaine et sur tous les quarts de travail. Des agents de suivi peuvent être formés pour aider l'instructeur PDSB ; ces personnes sont des travailleurs ayant suivi PDSB et qui reçoivent une formation supplémentaire pour les aider à exercer efficacement leur rôle de supervision et d'entraide auprès de leurs

collègues. Un agent de suivi pourrait être formé pour chaque unité de soins et chaque quart de travail et être libéré une journée par deux semaines, par exemple, afin d'accomplir et de superviser chacun de ses collègues. De façon générale, cette forme de suivi est efficace et très appréciée des travailleurs.

Donc, la formation n'est pas une solution miracle ; pour être efficace elle doit s'inscrire à l'intérieur d'une démarche globale de prévention. De plus, certaines règles doivent être respectées dans l'organisation de la formation tout comme dans la réalisation des suivis.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] ESTRYN-BÉHAR, M. *Guide des risques professionnels du personnel des services de soins*, Éditions Lamarre, 1991, 377 p.

[2] ESTRYN-BÉHAR et FOUILLET. *Étude de la charge physique du personnel soignant, analyse du travail des infirmières et des aides-soignantes dont dix services de soins, Documents pour le médecin du travail*, n° 1, 1er trimestre, 1990.

[3] ESTRYN-BÉHAR, M. et H. POINSIGNON. *Travailler à l'hôpital, Agence Nationale pour l'amélioration des conditions de travail*, Berger-Levrault, Paris, 1989, 180 p.

[4] GOUMAIN, P. et J. VILLENEUVE. *Étude d'ergonomie architecturale dans un centre d'hébergement pour personnes âgées*, Objectif prévention, vol. 14, n° 3, 1991, p. 10-16.

[5] COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL. *Les problèmes de santé reliés à la posture debout*, centre de référence de la CSST, 44 p.

[6] AFNOR. *Recueil des normes françaises*, 1991, p. 83-93.

[7] RODGERS, S. *et al*. *Ergonomic Design for People at work, Eastman Kodak Company*, Van Nostrand Reinhold, New York, 1986, vol. 2, chap. 23, p. 395-417.

[8] JENSEN, R. *Back injuries among nursing personnel related to exposure*, Appli. occup. Environn. Hyg., January 1990, p. 38-45.

[9] GARG, A. *et al*. *An ergonomic evaluation of nursing assistants' Job in a nursing home*, Ergonomics, vol. 35, n° 9, p. 979-995.

[10] CATO, C., D.K. OLSON et M. STUDER. *Incidence, Prevalence et Variables associated with low back pain in staff nurses*, AAOHN Journal, August 1989, vol. 37, n° 8, p. 321-327.

[11] LORENT, P. et D. SAGE HOMME. *Ergonomie des manutentions*, Institut pour l'amélioration des conditions de travail, bulletin n° 30, sept./oct. 1989.

[12] WATT, Susan. *Nurses Back Injury ; Reducing the strain,* The Austrian Nurses Journal, vol. 16, n° 6, décembre 1986/janvier 1987, p. 46-49.

[13] GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *La main-d'oeuvre en soins infirmiers, annexe II : facteurs d'influence sur la structure occupationnelle en soins infirmiers,* mars 1987.

[14] *Règlement sur les établissements industriels et commerciaux,* R.R.Q.C. 5-2-1, r. 9.

[15] LANDRY, Ronald. *Quelle charge maximale un travailleur peut-il lever de façon sécuritaire ?,* Centre de référence de la CSST, 1985, 67 p.

[16] GARG, A. *Prevent back injuries with assistive lifting devices,* Hospital employee Health, July 1994, p. 86-87.

[17] STUBBS *et al*. *Back pain in the nursing profession II : the effectiveness of training,* Ergonomics, 26 (8), 1983, p. 767-779.

[18] SNOOK, S.H. *et al*. *A study of three preventives approaches to low back injury,* Journal of Occupational Medicine, 20 (7), 1978, p. 478-481.

[19] DEHLIN, Q., *et al*. *Effect of physical training and ergonomic counselling on the psychological perception of work and on the subjective assessment of low-back insufficiency,* Scand. J. Rehab. Med., 13, 1981, p. 1-9.

[20] HARVEY, J. *Back to the drawing board,* Nursing Times, février 1987, p. 47-48.

[21] CHARNEY, W. *et al*. *Lifting teams can help hospitals eliminate costly back injuries to nurses,* Hospital employee health, vol. 13, n° 7, July 1994, p. 81-96.

[22] CHARNEY, W. *et al*., *The lifting team : a design method to reduce lost time back injury nursing,* AAOHN Journal, vol. 39, n° 5, May 1991, p. 231-234.

[23] WACHS, J. et J.E. PARKER-CONRAD. *Predictors of Registered Nurses Lifting Behavior,* AAOHN Journal, avril 1989, vol. 37, nº 4, p. 131-140.

[24] ST-VINCENT, M., M. LORTIE et C. TELLIER. *Training in safe lifting : are the methods taught used by workers. Proceedings of musculoskeletal disorders at work conference*, Taylor and Francis, p. 159-164.

[25] ASSTSAS. *Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires, 5 cahiers de formation*, Montréal, 1993.

[26] MAERTENS, Stéphane. *Les lésions au dos en milieu de travail, la solution : la prévention*, Osmose, juin 1989, p. 4-8.

[27] BERTHELET, Lucie. *Fondements biomécaniques de l'ergonomie : notes de cours*, Université de Montréal, août 1986.

Le temps

Les horaires, les délais, les périodes de travail concentrés, l'urgence des situations, les périodes de repas et de pause sont des facteurs qui concernent le temps et qui peuvent avoir un impact au niveau des accidents du travail.

Pauses et heures de repas

Les démarches PAD et PRAT réalisées dans les établissements ont permis de constater que les accidents du travail surviennent souvent au moment des pauses et des heures de repas. À ces périodes, la moitié du personnel est souvent absente ; cependant, la dispensation des soins continue et il est parfois difficile de réaliser un travail à deux intervenants. Ainsi, des transferts et des mobilisations de patients s'effectuent par un seul intervenant ce qui augmente les dangers d'accident.

La répartition des pauses et des heures de repas en trois groupes plutôt que deux fait en sorte que le nombre de travailleurs présents sur l'unité est plus élevé ; ainsi, le travail d'équipe devient possible et c'est un moyen qui peut diminuer les dangers d'accident. Cependant, il faut s'assurer que les heures d'ouverture de la cafétéria sont suffisamment longues pour permettre à trois groupes de s'y succéder.

Situations urgentes

Dans un établissement de soins, des situations d'urgence peuvent se produire régulièrement ; les départements des soins intensifs, les unités coronariennes, l'urgence, sont des services ou des événements surviennent plus fréquemment (arrêt cardiorespiratoire, chute de tension, infarctus, etc.).

Lors de ces situations, le personnel doit intervenir rapidement et efficacement ; cela occasionne une augmentation de la charge de travail et si aucune procédure de support n'est prévue dans ces circonstances, les travailleurs peuvent facilement devenir débordés. Il est alors plus difficile pour le personnel de respecter les principes de sécurité ; tout le monde devient tendu et les dangers de se blesser augmentent.

Évidemment ces événements sont imprévisibles et le personnel doit réagir promptement. Cependant, il est possible de prévoir des modalités d'intervention qui permettent de supporter le personnel dans ces circonstances. De jour, si le chef de service est présent, celui-ci peut fournir une aide supplémentaire. De soir et de nuit, la coordonnatrice des soins peut prêter main forte à l'équipe de soins. Son rôle peut être de répondre aux autres patients de l'unité, de faire les appels téléphoniques nécessaires pour les soins du patient ou de fournir toute forme d'assistance ou de support à l'équipe. Il est nécessaire que cette forme d'assistance soit déterminée par l'équipe de soins, en dehors des situations d'urgence, afin que chacun connaisse les règles du jeu et qu'une assistance réelle et utile soit apportée rapidement au personnel de l'unité. La coordonnatrice pourra aussi, au besoin, faire appel à du personnel supplémentaire.

Périodes de travail concentrées

L'analyse des circonstances d'accidents lors des démarches PAD et PRAT a permis de constater que les accidents du travail surviennent fréquemment en avant-midi, entre 8 h et 11 h, au moment des soins d'hygiène des bénéficiaires.

Même si ce n'est pas toujours une exigence de l'établissement, le personnel concentre toutes les activités d'hygiène, d'habillement et de transfert sur une période très courte d'environ 2,5 heures à trois heures. Ces soins nécessitent beaucoup d'effort physique chez le personnel et entraînent plusieurs transferts et manipulations de patients. Les gestes sont alors effectués rapidement et cela crée de la fatigue et de la tension chez le personnel ; de plus, les locaux sont souvent chauds et tout cela contribue à augmenter les dangers d'accident.

Il faut éliminer ces activités de travail concentré en étalant sur une plus longue période les soins d'hygiène des patients. Cela implique un changement dans les habitudes de travail et ce n'est pas toujours facile à réaliser. Cependant, des établissements, à la suite de bonnes discussions avec tous les membres de l'équipe soignante, ont procédé à des essais d'étalement des tâches. Il suffit parfois d'effectuer un bain en après-midi pour chacun des intervenants ou d'effectuer quelques bains pendant les fins de semaine pour éviter ces concentrations de tâches. Ceci est plus facilement réalisable sur les unités de soins prolongés et dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée.

Il n'y a pas qu'une seule façon de procéder pour régler cette situation. Le meilleur moyen est de consulter et de discuter du problème avec tout le personnel. De plus, avant de procéder à un changement de façon définitive, il est important de mettre à l'essai la nouvelle façon de procéder pour une période d'environ deux semaines. Par la suite, toute l'équipe de travail évalue les avantages et les inconvénients du changement. Souvent cette période est suffisante pour que le personnel puisse réaliser les avantages de cet étalement des tâches ; il est plus facile d’implanter des changements en impliquant les travailleurs plutôt qu'en imposant un changement.

Horaires

L'analyse des statistiques d'accidents permet parfois de constater que les travailleurs d'un quart de travail ont une incidence accrue de lésions musculo-squelettiques. Il devient important de se questionner sur le pourquoi de ce fait ; il peut s'agir d'un manque de ressources pour les tâches exécutées, d'une participation diminuée et d'une fatigue accrue des patients, de l'absence de travail d'équipe sur ce quart, etc.

L'examen approfondi de ce type de situation et des causes de l'incidence élevée des accidents facilitera la mise en place de solutions qui élimineront ces causes.

Admissions ou transferts de patients

Les soignants soulignent parfois les difficultés reliées aux admissions ou aux transferts de patients en fin de quart de travail. À ce moment, le personnel doit faire une dernière tournée avant le départ et compléter les dossiers. Si des patients sont admis en provenance de l'urgence, d'un autre service ou reviennent de la salle d'opération, le personnel est bousculé et doit exécuter les tâches reliées à l'accueil et à l'installation du patient rapidement. Lorsque le temps est limité, les étapes de préparation, d'ajustement des équipements sont souvent mises de côté. De plus, cette arrivée du patient risque de retarder et de perturber le rapport entre les deux quarts de travail.

En soins de longue durée, il arrive que le personnel ne soit pas informé de l'heure d'admission d'un nouveau patient. Il est alors difficile de planifier cette tâche et cela risque de nuire aux procédures d'admission et de perturber le déroulement des autres tâches du personnel. Celui-ci doit

alors accélérer son rythme d'exécution des tâches ou remettre au lendemain certaines activités.

Améliorer les communications entre les différents services afin d'éliminer les transferts et les retours de la salle d'opération en fin de quart de travail. Cela risque d'améliorer l'accueil des bénéficiaires et l'esprit d'entraide entre les différentes équipes de soins. Ainsi, on évite le travail à la course en fin de quart au moment où le personnel est fatigué et plus à risque d'accident.

En soins de longue durée, il est généralement possible de prévoir la période d'admission du nouveau patient avec la famille ou avec le milieu hospitalier. Le soignant qui reçoit le nouveau patient doit être informé de l'heure prévue d'arrivée plus d'une journée à l'avance et lorsque c'est possible, l'heure doit être déterminée en tenant compte des tâches du personnel. Une meilleure planification des nouvelles admissions ne peut qu'améliorer la qualité de l'accueil.

Ceci permet d'éviter la concentration des tâches, la vitesse dans l'exécution des tâches de même que la tension chez le personnel ; cela ne peut qu'aider à diminuer les dangers d'accident. Il devient donc essentiel de tenir compte de l'élément temps dans la planification et l'organisation du travail. De plus, il faut être conscient que lorsque le temps manque, c'est souvent les étapes de préparation (ajustement des équipements, dégagement de l'espace de travail, participation du bénéficiaire) qui seront éliminées. Cependant, cette préparation est primordiale dans le déroulement sécuritaire des mobilisations et des transferts de patients.

De solliciter et d'encourager la participation des bénéficiaires demandent plus de temps car le rythme des patients (souvent des personnes âgées ou souffrantes) est plus lent. Si l'on veut favoriser cette participation des patients, il faut être conscient de l'impact que cela peut avoir sur le déroulement des tâches.

ANNEXE 1

FRÉQUENCE ET GRAVITÉ DES ÉVÉNEMENTS DANS LES UNITÉS OU LES SERVICES

Nom de l'établissement : ______________________________

Période : du ____________ au ____________ page n^o ________

Type d'événement : ______________________________

(ex. : accidents du travail)

	A	**B**	**C**	**D**				
Nom des unités ou des services	Nombre total d'heures travaillées	Nombre de travailleurs équivalent temps plein (ETP)*	Nombre de lésions indemnisées	Nombre total de jours indemnisés	Taux de fréquence **C** X 200 000 **A**	Taux d'incidence **C** X 100 **B**	Taux de gravité **D** X **200 000** **A**	Indice de gravité **D** **C**
Moyenne de l'établissement								

*ETP : nombre total d'heures travaillées durant une année pour un titre d'emploi divisé par nombre total d'heures travaillées durant une année pour ce titre d'emploi

Horaires courants :

pour 35 heures/semaine = 1 820 heures/an

pour 36 ¼ heures/semaine = 1 885 heures/an

pour 38 ¾ heures/semaine = 2 015 heures/an.

ANNEXE 2

DESCRIPTIF DES ÉVÉNEMENTS ACCIDENTELS[1]

Nom de l'établissement : ________________________ Période : du __________ au __________

Unité ou service : ____

Numéro d'événement	Date	Heure	Numéro d'employé	Sexe	Âge	Titre d'emploi	Statut	Ancienneté au poste	Lieu	Description de l'accident	Étape de la tâche au moment de l'accident	Éléments[2] en cause	Nature et siège de la lésion	Heures / jours d'absence	Caractéristiques du bénéficiaire

1 Pour compléter ce tableau, utiliser les formulaires de déclaration d'accident de la CSST ou celui de l'établissement et le Registre des accidents.

2 Éléments : personne (travailleur ou bénéficiaire), équipement, organisation, environnement, temps, tâche.

ANNEXE 3

QUESTIONNAIRE AUX TRAVAILLEURS

PAGE DE PRÉSENTATION

PRÉVENTION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Dans le cadre d'une démarche de prévention des accidents du travail dans notre établissement, la direction du centre et vos représentants syndicaux ont choisi de réaliser une étude plus approfondie de ce problème dans votre unité de travail. Comme nous vous l'avons annoncé, le projet a débuté le ______________________________.

Votre connaissance approfondie du milieu de travail constitue, pour le comité paritaire de travail, un apport important dans l'identification et la correction des dangers présents dans votre unité. Nous demandons donc votre collaboration en répondant au questionnaire annexé.

Le questionnaire est ***anonyme*** et aucun participant ne sera identifié d'aucune manière. Nous vous assurons du caractère strictement ***confidentiel*** de vos réponses.

SVP RETOURNER CE QUESTIONNAIRE DÛMENT COMPLÉTÉ

AVANT LE ______________________________________

À ____

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

______________________________ ______________________________

______________________________ ______________________________

Votre comité paritaire de travail

N.B. : le comité demeure à votre disposition pour répondre à toutes questions de clarification et pour recevoir vos commentaires.

LES RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Nom du service : ____________________

2. Titre d'emploi : ____________________
infirmier-ère, infirmier-ère auxiliaire, préposé-e, technicien-ne, etc.)

3. Statut d'emploi :
   - temps complet permanent (TCP) ☐
   - temps partiel régulier (TPR) ☐
   - temps partiel occasionnel (TPO) ☐

4. Quart de travail :
   - jour ☐
   - soir ☐
   - nuit ☐
   - rotation (j.s.n.) ☐
   - horaires spéciaux ☐

5. Expérience dans le titre d'emploi :
   - 1 an et moins ☐
   - 1 à 5 ans ☐
   - 6 à 10 ans ☐
   - plus de 10 ans ☐

6. Expérience dans le département :
   - 1 an et moins ☐
   - 1 à 5 ans ☐
   - 6 à 10 ans ☐
   - plus de 10 ans ☐

7. Sexe :
   - féminin ☐
   - masculin ☐

8. Groupe d'âges :
   - 25 ans et moins ☐
   - 26 à 35 ans ☐
   - 36 à 45 ans ☐
   - 46 à 55 ans ☐
   - 56 ans et plus ☐

9. Présentement, avez-vous des problèmes de dos ? oui ☐ non ☐

Si vous avez répondu **oui**, spécifiez svp l'origine du mal :

a) liée au travail chez un employeur précédent ☐
b) liée au travail avec l'employeur actuel ☐
c) origine hors travail ☐
d) origine non identifiée ☐

10. Avez-vous déjà eu des problèmes de dos par le passé ? oui ☐ non ☐

Si vous avez répondu **oui**, spécifiez svp l'origine du mal :

e) liée au travail chez un employeur précédent ☐
f) liée au travail avec l'employeur actuel ☐
g) origine hors travail ☐
h) origine non identifiée ☐

11. Est-ce que vos problèmes de dos vous dérangent ou vous ont dérangé :

a) dans vos activités au travail ? oui ☐ non ☐
b) dans vos activités hors travail (marche, sports, sexualité, etc.) ? oui ☐ non ☐

12. Si vous avez répondu **oui à la question 9 ou à la question 10**, svp précisez en cochant la case correspondante, le mode d'apparition des problèmes :

a) douleurs soudaines, mais sans événements précis ☐
b) douleurs qui s'installent progressivement ☐
c) à la suite d'un accident ou d'un événement précis ☐

13. Si vous avez répondu **oui à la question 9 ou à la question 10**, avez-vous dû subir des traitements médicaux ou autres pour ces problèmes de dos ? oui ☐ non ☐

Si oui, précicez svp : ____

____

____

____

LA FORMATION

Avez-vous pu bénéficier des formations ou des entraînements particuliers suivants (cochez seulement les cases pertinentes et spécifiez la durée et l'année approximative) :

	Formation/Entraînement		**Nombre d'heures**	**En quelle année**
1.	Cours « PDSB » (Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires)	☐	____________	____________
2.	Suivi « PDSB »	☐	____________	____________
3.	Autre cours sur la manutention des patients	☐	____________	____________
4.	Suivi à ce cours	☐	____________	____________
5.	« Classe de dos » lors de travail de réadaptation	☐	____________	____________
6.	Cours sur l'utilisation des appareils de levage	☐	____________	____________
7.	Les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT)	☐	____________	____________
8.	Prévention des infections (mesures universelles)	☐	____________	____________
9.	Approche aux bénéficiaires	☐	____________	____________
10.	Approche à la personne âgée	☐	____________	____________
11.	Approche aux malades psychiatriques	☐	____________	____________
12.	Contrôle du patient violent	☐	____________	____________
13.	Évacuation en cas d'incendie	☐	____________	____________
14.	Autres, précisez	☐	____________	____________

____

____

15. SVP indiquez la ou les formations académiques ou professionnelles que vous avez complétées ou que vous poursuivez actuellement :

		Oui	Non	En cours
a)	cours d'études secondaires	☐	☐	_____________
b)	cours de préposé aux bénéficiaires	☐	☐	_____________
c)	cours d'infirmière auxiliaire	☐	☐	_____________
d)	cours collégial (2 ans)	☐	☐	_____________
e)	cours de techniques infirmières	☐	☐	_____________
f)	baccalauréat universitaire en sciences infirmières	☐	☐	_____________
g)	baccalauréat universitaire d'une autre nature (précisez)	☐	☐	_____________
	____			
	____			
h)	certificat universitaire dans le domaine de la santé (ex. : gérontologie)	☐	☐	_____________
i)	maîtrise en sciences infirmières	☐	☐	_____________
j)	autres (précisez)	☐	☐	_____________
	____			
	____			

LES ÉQUIPEMENTS

Parmi les ***équipements*** suivants, indiquez par un ✓ ou un ✕ ceux qui, dans votre unité, sont ***insatisfaisants*** du point de vue de la sécurité et dites pourquoi. Précisez la fréquence à laquelle vous les utilisez.

Code de fréquence d'utilisation	
Rarement	1
Parfois	2
Souvent	3
Très souvent	4

	Équipements	**Insatisfaction**	**Raisons**	**Fréquence**
1.	Lits	☐	____________	______
2.	Fauteuils roulants	☐	____________	______
3.	Fauteuils gériatriques	☐	____________	______
4.	Chaises d'aisances	☐	____________	______
5.	Chaises de douche	☐	____________	______
6.	Civières	☐	____________	______
7.	Lève-personne	☐	____________	______
8.	Ceintures de marche	☐	____________	______
9.	Fauteuils de repos	☐	____________	______
10.	Planches de transfert	☐	____________	______
11.	Trapèzes	☐	____________	______
12.	Plateaux à injection	☐	____________	______
13.	Savons pour les mains	☐	____________	______
14.	Gants	☐	____________	______
15.	Civières de bain	☐	____________	______
16.	Chaises de bain	☐	____________	______

Équipements	Insatisfaction	Raisons	Fréquence
17. Paniers de linge souillé	☐	____________________	______
18. Bains tourbillon	☐	____________________	______
19. Barres d'appui	☐	____________________	______
20. Tiges à soluté	☐	____________________	______
21. Contenants rigides à aiguilles et seringues contaminées	☐	____________________	______
22. Seringues, aiguilles, cathéters et combinés tube/aiguille, instruments de perfusion	☐	____________________	______
23. Masques	☐	____________________	______
24. Lunettes	☐	____________________	______
25. Sarraus	☐	____________________	______
26. Tabliers	☐	____________________	______
27. Autres, précisez	☐	____________________	______

____

28. Les équipements sont-ils inspectés et entretenus régulièrement : oui ☐ non ☐

Si vous avez répondu **non**, indiquez le ou les équipements négligés en reportant ci-dessous le numéro correspondant dans la liste d'équipements précédente :
____
____
____

29. Y a-t-il des équipements dont vous auriez besoin et qui sont manquants ou en quantité insuffisante ?
oui ☐
non ☐
Si oui, lesquels : ______________________________
____
____

30. Compléter la phrase suivante svp.

Si j'avais la possibilité de modifier un équipement, je choisirais ______________________
et la modification serait ______________________
____
____

L'ENVIRONNEMENT

Parmi les ***lieux*** suivants, indiquez par un ✓ ou un ✕ ceux qui s'avèrent ***insatisfaisants*** pour le travail que vous avez à y faire et précisez en quoi.

	Lieux	**Insatisfaction**	**Raisons**
1.	Chambres à un lit	☐	______________
2.	Chambres à deux lits	☐	______________
3.	Chambres à trois lits	☐	______________
4.	Chambres à quatre lits	☐	______________
5.	Antichambres	☐	______________
6.	Salles de toilettes	☐	______________
7.	Salles de bain	☐	______________
8.	Corridors	☐	______________
9.	Salons des bénéficiaires	☐	______________
10.	Salle à dîner des bénéficiaires	☐	______________
11.	Poste infirmier	☐	______________
12.	Cuisinette	☐	______________
13.	Utilité souillée	☐	______________
14.	Utilité propre	☐	______________
15.	Autres, précisez	☐	______________

____

16. SVP précisez votre degré de satisfaction pour les conditions suivantes :

	Très insatisfaisant	**Insatisfaisant**	**Satisfaisant**	**Très satisfaisant**
a) éclairage	☐	☐	☐	☐
b) niveau de bruit	☐	☐	☐	☐
c) température ambiante	☐	☐	☐	☐
d) odeur	☐	☐	☐	☐
e) autres conditions	☐	☐	☐	☐

Précisez ____

Commentaires: ____

____

____

17. Si vous aviez à accorder un prix à un lieu dans l'unité pour son caractère fonctionnel et sécuritaire :

a) quel serait ce lieu (précisez le nom et le numéro du local) : ______________________

____

b) quelles seraient vos raisons : ______________________________

____

18. Si vous aviez à accorder un prix *citron* à un lieu dans l'unité pour son caractère non fonctionnel et non sécuritaire :

a) quel serait ce lieu (précisez le nom et le numéro du local) : ______________________

____

b) quelles seraient vos raisons : ______________________________

____

19. SVP complétez la phrase suivante en cochant l'énoncé qui vous convient le mieux :

Lorsque je dois me laver les mains, les lavabos sont accessibles :

a) dans toutes les chambres ☐
b) tout près des chambres ☐
c) un peu trop loin ☐
d) ailleurs ☐

LES TÂCHES

Parmi les ***tâches*** suivante, indiquez par un ✓ ou un ✕ celles qui, selon vous, présentent des ***difficultés marquées*** ou de la pénibilité pour la santé et la sécurité du travail et dites pourquoi. Précisez la fréquence à laquelle vous avez à réaliser ces tâches.

Code de fréquence d'utilisation	
Jamais	1
Quelques fois par mois	2
Quelques fois par semaine	3
Une fois par jour	4
Plusieurs fois par jour	5

	Tâches	**Difficultés**	**Raisons**	**Fréquence**
•	***Manœuvres au lit avec patient***			
1.	Tourner sur le côté	☐	____________	______
2.	Rapprocher au bord du lit	☐	____________	______
3.	Asseoir au bord du lit	☐	____________	______
4.	Remonter à la tête du lit	☐	____________	______
5.	Transférer du lit au fauteuil et vice versa	☐	____________	______
6.	Transférer du lit à la civière et vice versa	☐	____________	______
•	***Manœuvres au fauteuil (tout type) sans équipement de levage***			
7.	Asseoir au fauteuil	☐	____________	______
8.	Lever du fauteuil	☐	____________	______
9.	Rehausser au fauteuil	☐	____________	______
10.	Transférer de fauteuil à fauteuil	☐	____________	______
•	***Manœuvres aux toilettes sans équipement de levage***			
11.	Asseoir sur les toilettes	☐	____________	______
12.	Lever des toilettes	☐	____________	______
13.	Transférer du fauteuil au siège et vice versa	☐	____________	______

Tâches	Difficultés	Raisons	Fréquence
• ***Manœuvres à la salle de bain***			
14. Mettre dans la baignoire	☐	____________	______
15. Sortir de la baignoire	☐	____________	______
16. Mettre dans la douche	☐	____________	______
17. Sortir de la douche	☐	____________	______
18. Transférer du fauteuil à la baignoire et vice versa	☐	____________	______
19. Transférer du fauteuil à la douche et vice versa	☐	____________	______
• ***Manœuvres avec équipement***			
20. Installer le patient au lève-personne	☐	____________	______
21. Opérer, monter, descendre le lève-personne	☐	____________	______
22. Déplacer le lève-personne en charge	☐	____________	______
23. Installer sur civière de bain	☐	____________	______
24. Déplacer civière de bain	☐	____________	______
25. Transférer de la civière de bain au lit	☐	____________	______
26. Installer sur chaise de bain	☐	____________	______
27. Déplacer chaise de bain	☐	____________	______
28. Transférer chaise de bain au fauteuil ou chaise roulante	☐	____________	______
• ***Autres manœuvres de déplacement***			
29. Accompagner à la marche	☐	____________	______
30. Relever patient qui a chuté	☐	____________	______
31. Installer des contentions	☐	____________	______
32. Contrôler physiquement l’agitation	☐	____________	______

	Tâches	Difficultés	Raisons	Fréquence
	• ***Autres tâches :***			
33.	Donner des injections	☐	________________	________
34.	Installer des solutés	☐	________________	________
35.	Installer des cathéters et des sondes	☐	________________	________
36.	Faire et changer des pansements	☐	________________	________
37.	Donner des soins d'hygiène	☐	________________	________
38.	Manipuler du linge contaminé	☐	________________	________
39.	Appliquer des traitements respiratoires	☐	________________	________
40.	Fournir une assistance à l'alimentation	☐	________________	________
41.	Autres (précisez)	☐	________________	________

____

42. Parmi les tâches que vous avez déjà identifiées comme pénibles ou dangereuses, svp mentionnez les **trois** tâches les plus susceptibles de vous occasionner un accident du travail ou une maladie professionnelle :

1. ____

2. ____

3. ____

L'ORGANISATION DU TRAVAIL

Dans votre unité de travail actuelle, indiquez-nous la **qualité des informations** que vous avez obtenues. Encerclez le code correspondant.

		Aucune	Un peu	Assez	Beaucoup
1.	La pathologie et les conditions de santé des bénéficiaires	**1**	**2**	**3**	**4**
2.	Leur degré d'autonomie et leurs capacités	**1**	**2**	**3**	**4**
3.	Leurs caractéristiques physiques et psychologiques (poids, grandeur, tempérament, goûts, intérêts, etc.)	**1**	**2**	**3**	**4**
4.	Les indications sur les méthodes de déplacement ou d'approche spécifiques pour chaque bénéficiaire	**1**	**2**	**3**	**4**
5.	Les particularités de leur plan de soins et les mesures de sécurité à prendre	**1**	**2**	**3**	**4**

Pour chacun des énoncés suivants, indiquez votre opinion sur la situation dans votre unité en entourant le code correspondant.

		Totalement en désaccord	Plus ou moins d'accord	Plutôt d'accord	Parfaitement d'accord
6.	La planification du travail tient compte de la quantité de soins à donner	**1**	**2**	**3**	**4**
7.	Le travail n'est pas réparti équitablement entre les travailleurs	**1**	**2**	**3**	**4**
8.	Il est facile d'avoir de l'aide d'un collègue en cas de besoin	**1**	**2**	**3**	**4**
9.	Il y a des moments où on ne sait plus où donner de la tête	**1**	**2**	**3**	**4**
10.	La répartition du travail tient compte des distances et des pas à faire	**1**	**2**	**3**	**4**
11.	Le travail en équipe n'est pas prévu	**1**	**2**	**3**	**4**

	Totalement en désaccord	Plus ou moins d'accord	Plutôt d'accord	Parfaitement d'accord
12. Il y a une provision de temps pour les événements imprévus	**1**	**2**	**3**	**4**
13. Il est difficile de terminer ce qu'on a commencé sans être dérangé	**1**	**2**	**3**	**4**
14. Il est possible pour le travailleur d'organiser son travail selon les besoins de ses bénéficiaires	**1**	**2**	**3**	**4**
15. La planification ne tient pas compte de la qualité de soins à donner	**1**	**2**	**3**	**4**
16. L'horaire des tâches et des activités convient aux bénéficiaires	**1**	**2**	**3**	**4**
17. L'horaire des tâches et des activités convient aux travailleurs	**1**	**2**	**3**	**4**
18. Le travail est réparti équitablement entre les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés	**1**	**2**	**3**	**4**
19. Pour travailler ici, il faut savoir courir	**1**	**2**	**3**	**4**
20. Le travail que je fais est apprécié par mes supérieurs	**1**	**2**	**3**	**4**

LES SITUATIONS DIFFICILES

1. Décrivez-nous, svp, deux ou trois situations où vous avez eu des difficultés particulières à exécuter une tâche de façon sécuritaire ou bien où vous vous êtes senti en danger :

- ***Première situation***

a) quelle tâche et à quel moment : ____________________

____

b) avec quel patient : ____________________

____

c) dans quel endroit précis : ____________________

____

d) avec quelles pièces d'équipement : ____________________

____

e) quel était le principal danger ou la principale difficulté : ____________________

____

- ***Deuxième situation***

a) quelle tâche et à quel moment : ____________________

____

b) avec quel patient : ____________________

____

c) dans quel endroit précis : ____________________

____

d) avec quelles pièces d'équipement : ____________________

____

e) quel était le principal danger ou la principale difficulté : ____________________

____

- ***Troisième situation***

a) quelle tâche et à quel moment : ____________________

____

b) avec quel patient : ____________________

____

c) dans quel endroit précis : ____________________

____

d) avec quelles pièces d'équipement : ____________________

____

e) quel était le principal danger ou la principale difficulté : ____________________

____

2. Selon vous, quelle serait la ***situation prioritaire*** à régler pour ***prévenir les accidents*** du travail dans votre unité ? ____________________

____

____

____

____

____

____

3. SVP indiquez, par ordre d'importance de 1 à 9, les éléments qui, selon vous, présentent des dangers d'accidents dans votre unité et spécifiez si nécessaire. Indiquez **1** pour le plus important et **9** pour le moins important.

	Éléments	**Importance**	**Précisions**
a)	Les bénéficiaires	n^o ________	______________________________
b)	Les travailleurs	n^o ________	______________________________
c)	Les équipements	n^o ________	______________________________
d)	Les lieux	n^o ________	______________________________
e)	La nature du soin	n^o ________	______________________________
f)	Le type de déplacement	n^o ________	______________________________
g)	Le temps	n^o ________	______________________________
h)	La répartition du travail	n^o ________	______________________________
I)	Les dérangements et imprévus	n^o ________	______________________________

4. Si vous aviez la possibilité d'effectuer **UN** changement dans votre unité afin de prévenir les accidents du travail, quel serait ce changement ?

____

____

____

____

____

COMMENTAIRE GÉNÉRAL

N'hésitez pas à nous formuler tout commentaire que les questions précédentes ne vous ont pas permis de formuler : question, suggestion, complément d'information, etc.

ANNEXE 4

ORGANISATION DU TRAVAIL ET DU TEMPS

SOMMAIRE

ORGANISATION DU TRAVAIL ET DU TEMPS
(Unité de soins)

A. Renseignements généraux

1. Unité : ______________________________

2. Vocation de l'unité : ______________________________

3. Nombre de patients sur l'unité : ______________________________

4. Philosophie de soins préconisée : ______________________________

5. Organigramme
Indiquez dans les espaces prévus pour chacun des quarts de travail, la structure hiérarchique selon la répartition des titres d'emploi :

Quart de jour	Quart de soir	Quart de nuit
____________	____________	____________
____________	____________	____________
____________	____________	____________
____________	____________	____________
____________	____________	____________

6. Indiquez le mode d'affectation des patients au personnel soignant :

? selon le volume de soins requis ☐

? selon la disposition géographique des chambres ☐

? selon une combinaison des deux critères précédents ☐

? autres ☐ Précisez ______________________________

____

7. Quel est le système d'évaluation du niveau de soins infirmiers requis dans l'établissement et sur l'unité (PRN, PLAISIR, autres) ? Précisez ______________________________

____

B. Ressources humaines

8. a) Indiquez dans le tableau suivant à la colonne appropriée les **besoins d'heures/soins requis** par quart de travail en moyenne, au minimum et au maximum, enregistrés au cours de la dernière année sur l'unité.

b) Indiquez au tableau dans la colonne appropriée le **nombre d'heures/soins réel**.

c) Indiquez, s'il y a lieu, **l'écart** en positif ou en négatif entre le besoin et le réel.

Tableau des heures/soins

(Période de _______________ à _______________)

		Besoins d'heures/soins requis	**Nombre d'heures/soins réel**	**Écart entre le besoin et le réel (%)**
Moyen	Quart de jour			
	Quart de soir			
	Quart de nuit			
Minimal	Quart de jour			
	Quart de soir			
	Quart de nuit			
Maximal	Quart de jour			
	Quart de soir			
	Quart de nuit			

9. Ratio moyen : personnel équivalent temps plein (ETP)/patients pour :

quart de jour ____________________

quart de soir ____________________

quart de nuit ____________________

10. Inventaire des titres d'emploi ou fonctions

Titre d'emploi (ou fonction)	Quart de jour de ____________ à ____________		
	Nbre de salariés	Statut	Nbre d'heures travaillées par jour
Titre d'emploi (ou fonction)	**Quart de jour de ____________ à ____________**		
	Nbre de salariés	**Statut**	**Nbre d'heures travaillées par jour**
Titre d'emploi (ou fonction)	**Quart de jour de ____________ à ____________**		
	Nbre de salariés	**Statut**	**Nbre d'heures travaillées par jour**

11. Veuillez fournir une description générale des tâches par titre d'emploi et par quart de travail (indiquez sur des feuilles séparées les principales tâches réalisées par chacun des titres d'emploi et par quart de travail, si celles-ci diffèrent d'un quart de travail à l'autre. Annexez au questionnaire svp).

12. Veuillez indiquer le niveau de mobilité du personnel dans la dernière année.

(Période du ____________________ au ____________________)

? Jours d'absence pour lésions professionnelles____________________

? Jours d'absence pour maladies à court et à long terme (assurance-salaire) ____________________

? Jours d'absence pour d'autres motifs (tous les autres congés à l'exclusion des vacances)____________________

? Nombre de mutations et de départs ____________________

? Nombre de demandes de mutation ____________________

13. Veuillez indiquez quelles sont les procédures de remplacement prévues en cas d'absence, de mutation ou de départ (répondez sur des feuilles séparées, si nécessaire).

____

____

____

14. Les procédures de remplacement prévues sont-elles suffisantes ? (Expliquez svp)

____

____

____

C. Profil chronologique (0-24 heures)

15. Inscrivez le déroulement des **principales activités** du personnel incluant les heures de pauses et de repas, sur les trois quarts de travail, en commençant par le quart de jour et ce, pour un cycle représentatif des activités normales de l'unité.

    Inscrivez également les activités significatives du **personnel extérieur à l'unité** au moment où il travaille sur l'unité (ex. : distribution des chariots alimentaires, lavage des planchers, visite des médecins, etc.).

    Inscrivez à la suite du profil chronologique les activités du personnel qui peuvent avoir lieu **n'importe quand** au cours de la journée, la semaine, le mois ou l'année.

PROFIL CHRONOLOGIQUE

Unité : ______________________________ **Date :** ______________________

Heure	Activités du personnel	*Niveau de charge 1, 2, 3, 4	Personnel					Ratio pers./ patients
			Inf.	Inf. aux.	Prép.	Autres	Total	

*Voir au verso la définition du niveau de charge posturale

TABLE 1

NIVEAU DE CHARGE POSTURALE

NIVEAU 1 Posture assise sans manutention de charges
(ex. : remplir les dossiers au poste, pause, prise de repas).

NIVEAU 2 Posture debout sans manutention de charges
(ex. : prendre la tension au lit, vérifier les solutés).

NIVEAU 3 Posture debout avec manutention de charges égales ou inférieures à 10kg*
(ex. : installer ou déplacer de jeunes enfants, pousser un petit chariot, transporter du matériel léger – literie, soluté, etc.).

NIVEAU 4 Posture debout avec manutention de charges supérieures à 10 kg*
(ex. : installer ou déplacer des patients adultes ou des équipements divers).

* Valeurs applicables à des poids soulevés occasionnellement, la charge étant stable ou compacte, située à une hauteur variant de 75 à 135 cm (30-53 po) du sol avec les deux mains, selon NIOSH (*National Institute for Occupational Safety and Health*).

AUTRES ACTIVITÉS VARIABLES DANS LE TEMPS

Unité : ______________________________ **Date :** ______________________

Heure	Activités du personnel	*Niveau de charge 1, 2, 3, 4	Personnel					Ratio pers./ patients
			Inf.	Inf. aux.	Prép.	Autres	Total	
*Voir au verso la définition du niveau de charge posturale								

NIVEAU DE CHARGE POSTURALE

NIVEAU 1 Posture assise sans manutention de charges
(ex. : remplir les dossiers au poste, pause, prise de repas).

NIVEAU 2 Posture debout sans manutention de charges
(ex. : prendre la tension au lit, vérifier les solutés).

NIVEAU 3 Posture debout avec manutention de charges égales ou inférieures à 10kg*
(ex. : installer ou déplacer de jeunes enfants, pousser un petit chariot, transporter du matériel léger – literie, soluté, etc.).

NIVEAU 4 Posture debout avec manutention de charges supérieures à 10 kg*
(ex. : installer ou déplacer des patients adultes ou des équipements divers).

* Valeurs applicables à des poids soulevés occasionnellement, la charge étant stable ou compacte, située à une hauteur variant de 75 à 135 cm (30-53 po) du sol avec les deux mains, selon NIOSH (*National Institute for Occupational Safety and Health*).

D. Diagramme de processus

16. À partir des données recueillies au profil chronologique, tracez un diagramme de processus sur un cycle de 24 heures, représentatif des activités normales de l'unité.

Un tel diagramme permet d'obtenir une vision d'ensemble du déroulement des activités dans le temps et réparties entre les différentes catégories de travailleurs. Il permet aussi de repérer à quel moment des personnes ou des services extérieurs interfèrent sur les activités de l'unité.

Le diagramme de processus met en relation les variables relatives aux **tâches**, aux **personnes** qui les exécutent et à leur déroulement dans le **temps** dans le but de repérer les **perturbations** éventuelles occasionnées par :

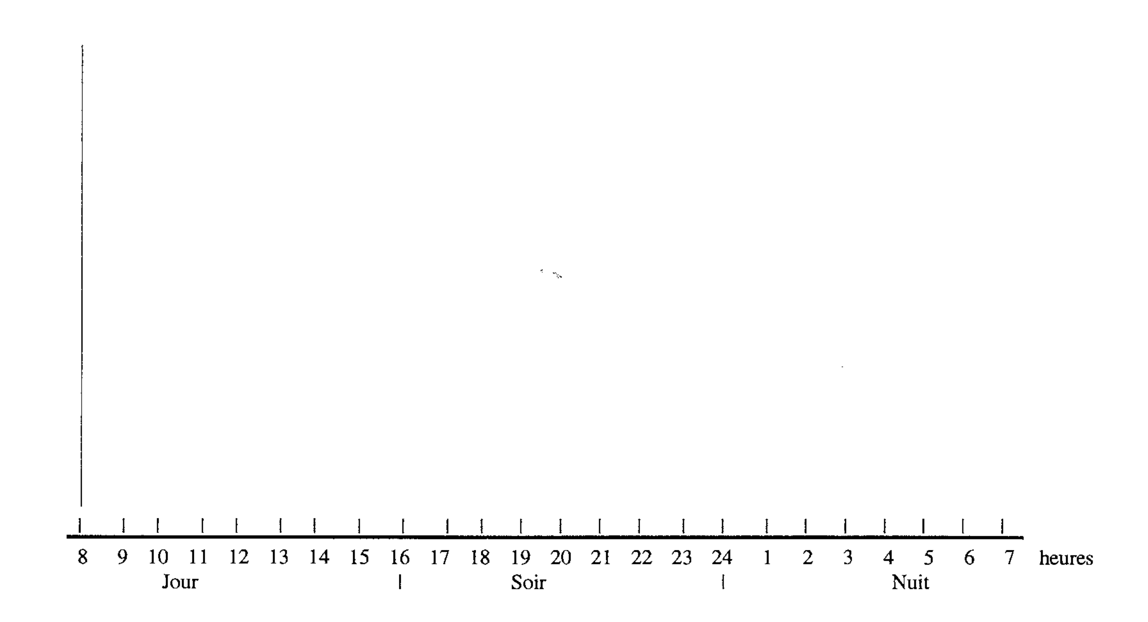
? des situations ou des activités incompatibles se déroulant simultanément (coactivité indésirable) ;

? des concentrations d'activités à certaines périodes de la journée pouvant occasionner des surcharges de travail.

Diagramme de processus

MODÈLE
(à adapter)





Légende :

___________	Durée de l'activité
-----------------	Activité principale interrompue
I	Infirmière
A	Infirmière auxiliaire
P	Préposé aux bénéficiaires
AU	Autres
Ext	Intervenant extérieur au service
Md	Médecin

Remarque :

L'axe horizontal représente les 24 heures du jour, en commençant par le quart du jour. L'axe vertical représente les principales activités du personnel **interne** au service (infirmière – I, infirmière auxiliaire – A, préposé aux bénéficiaires – P, autres – AU), du personnel **extérieur** au service (Ext) et des **médecins** (md).

N.B. Il n'est évidemment pas nécessaire de tout reproduire sur un même diagramme. Il peut être préférable de tracer un diagramme par quart de travail et, éventuellement, un autre sur les interventions venant de l'extérieur de l'unité ou encore pour un titre d'emploi en particulier, comme illustré dans l'exemple qui suit.

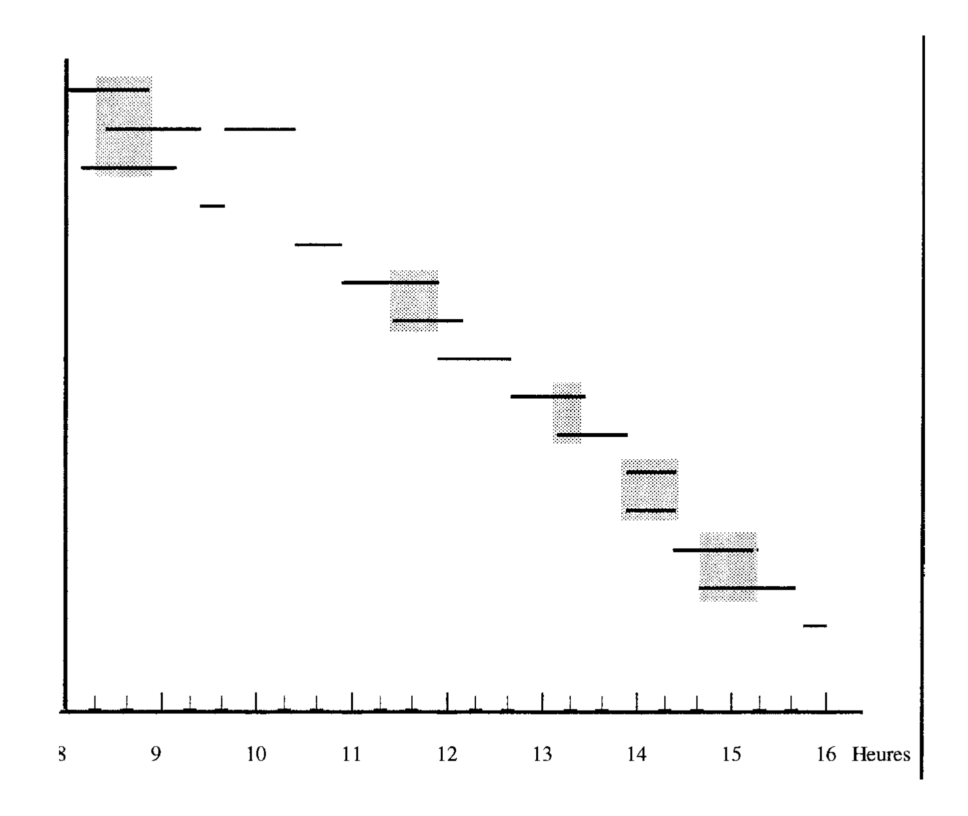
Le diagramme de processus sert à mieux comprendre et à illustrer des situations de coactivité indésirables qui provoquent des perturbations pouvant être à l'origine de situations dangereuses ou de lésions professionnelles.

DIAGRAMME DE PROCESSUS

Exemple : distribution de l'horaire des principales activités des **deux préposés aux bénéficiaires** travaillant sur le quart de jour, dans une unité de soins prolongés.

ACTIVITÉS

? Lever
? Donner bain
? Déjeuner
? Pause
? Faire lit
? Dîner (personnel)
? Dîner patient
? Hygiène
? Sieste
? Réunion d'équipe
? Collation
? Pause
? Aide à la marche/positionnement
? Distribution linge/tournée
? Rapport



Les zones hachurées du diagramme font ressortir les périodes où deux activités se déroulent en même temps.

Dans le cas présent, deux zones de coactivité indésirables ont été identifiées : celle du matin entre 8 h 30 et 9 h et celle de l'après-midi entre 14 h 45 et 15 h15. Ces activités ont été réorganisées de manière à éliminer la surcharge de travail à ces périodes critiques de la journée où plusieurs accidents du travail ont été déclarés par les préposés aux bénéficiaires reliés à des tâches lourdes de manutention de patients à réaliser dans un délai trop court.

E. Perturbations

17. Perturbations – Internes à l'unité

L'analyse du profil chronologique et du diagramme de processus peut mener à identifier des perturbations dans la distribution des tâches au fil du temps. Ces perturbations sont habituellement associées à des **concentrations d'activités** à certaines plages horaires de la journée (ex. : entre 6 h et 9 h 30).

Ces perturbations peuvent aussi être associées au déroulement simultané de deux types d'activités incompatibles.

Veuillez indiquer dans le tableau suivant les perturbations repérées au cours des activités qui sont inhérentes à l'unité seulement et leurs conséquences.

PERTURBATIONS INTERNES	CONSÉQUENCES

18. Perturbations – Interventions extérieures à l'unité

L'organisation du travail et du temps des services externes à l'unité et énumérés ci-après, entraîne-t-elle des **perturbations nuisibles** au fonctionnement normal des activités de l'unité ? (Répondez en cochant la case appropriée.)

Pour toute réponse affirmative, indiquez au tableau de la page suivante les perturbations nuisibles et les raisons.

Perturbations externes	**Oui**	**Non**	**Conséquences**
• Visite médicale			
• Échange d'information avec les médecins			
• Service alimentaire			
• Service d'entretien sanitaire			
• Service d'installations matérielles			
• Service des admissions			
• Services professionnels (ergothérapie, physiothérapie, radiologie, laboratoire, etc. SVP dressez la liste des services concernés)			
• Autres services. Précisez.			
• Visiteurs ou famille			
• Autres. Précisez.			

F. Transmission des informations

19. Décrivez sommairement les véhicules de transmission (verbal ou écrit) des informations concernant les bénéficiaires :

a) Rapport au changement de quart :

? quelles informations sont échangées ? ______

? qui y assiste ? ______

? quelle durée ? ______

? à quelle heure ? ______

b) Réunion d'équipe :

? quelles informations ? ______

? qui est présent ? ______

? qui dirige ? ______

? quelle fréquence ? ______

? quelle durée ? ______

? les suggestions du personnel sont-elles considérées ? ______

c) Plan de soins – section sur les besoins des bénéficiaires :	Oui	Non
? les informations utiles au déplacement du patient sont-elles présentes ?	☐	☐
? Sont-elles mises à jour régulièrement ?	☐	☐
? Sont-elles facilement repérables ?	☐	☐
? Les préposés aux bénéficiaires et les infirmières auxiliaires y ont-ils accès ?	☐	☐
? Existe-t-il un système particulier de codification des informations concernant le déplacement des patients ?	☐	☐

Commentaires : ______

______

d) Feuille de route au plan de travail :

? quel contenu ? ______

? qui l'élabore ? ______

e) Autres véhicules d'information (décrivez svp)

---

20. La mise à jour des informations est-elle effectuée dans des délais convenables ? Expliquez.

---

21. Quels que soient les véhicules de transmission des informations utilisés, les informations reçues sont-elles suffisantes pour accomplir les tâches en toute sécurité ? Expliquez.

G. Distribution des rôles professionnels

22. Quelle est l'attribution des **actes délégués** aux infirmières et aux infirmières auxiliaires ?

    Énumérez sommairement les actes délégués à chacun des groupes (joindre les documents si nécessaire). Consultez à cet effet la direction des soins infirmiers.

---

23. Les actes délégués sont-ils appliqués comme prévu par la direction des soins infirmiers ? Expliquez.

---

24. Y a-t-il des **ambiguïtés** ou des **confusions** de rôle résultant de l'attribution des actes délégués ? Expliquez.

H. Bénéficiaires

25. Mises à part les procédures prévues pour l'isolement des bénéficiaires infectieux, existe-t-il des procédures spéciales d'isolement des bénéficiaires en cas de besoin (ex. : problème de comportement, bénéficiaire mourant, etc.) ? Expliquez.

____

____

26. L'établissement a-t-il établi une politique de contrôle de l'entrée des biens personnels des bénéficiaires (vêtements, meubles et autres objets personnels) ? Expliquez.

____

____

27. Quelle est la politique d'attribution des chambres des bénéficiaires ? Énumérez les critères d'attribution par ordre de priorité.

____

____

____

____

____

28. Cette politique d'attribution des chambres tient-elle compte du niveau d'autonomie des bénéficiaires ? Expliquez.

____

____

____

____

29. Synthèse et analyse

Rassemblez toutes les **perturbations** relevées dans l'analyse de l'organisation du travail et du temps.

Identifiez les **conséquences négatives** pour le fonctionnement de l'unité en termes d'éléments potentiellement générateurs de lésions professionnelles. Même si à première vue les liens ne vous semblent pas directement reliés à la santé et à la sécurité du travail, les perturbations en cause peuvent finalement expliquer un ensemble de phénomènes interreliés à l'origine de lésions professionnelles.

Chacune des perturbations et ses conséquences correspondent en fait à une situation indésirable. L'analyse des paramètres d'une situation indésirable se fait en comparaison avec ceux d'une situation souhaitable. C'est dans cette évaluation de l'écart entre **ce qui est** et **ce qui devrait être** que des correctifs peuvent être élaborés.

Ex. :

Monsieur *X*, bénéficiaire, étant très agité, le médecin prescrit un calmant puissant qui lui est administré à 20 h. L'information n'est pas transmise aux préposés aux bénéficiaires au changement de quart soir/nuit – les préposés n'assistent pas au rapport. Le préposé répond à l'appel à 4 h 15, Monsieur *X* veut aller aux toilettes ; celui-ci a une faiblesse dès la sortie du lit. En voulant retenir sa chute, le préposé se blesse sérieusement au dos.

Une des causes directes de l'accident est la faiblesse de Monsieur *X* qui, selon l'expérience du préposé, se porte habituellement sur les jambes avec une aide partielle mineure. Le fait que le préposé n'ait pas été informé de l'état nouveau du bénéficiaire révèle une **perturbation** de l'organisation du travail et constitue une cause de l'accident.

La situation souhaitable dans ce cas serait que l'information (l'administration d'un calmant à Monsieur *X*) ait été transmise aux préposés en temps voulu. Le **correctif** à proposer consiste à modifier une partie de l'organisation du travail et du temps, de telle sorte que les préposés puissent dorénavant assister au rapport au moment des changements de quart ou puissent avoir accès par une autre moyen à l'information qui y est transmise.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

NURSING QUÉBEC. « L'implantation d'une démarche de soins, un rêve en couleurs ? » Vol. 11, nº 2, mars-avril 1991, p. 15-19.

SAULNIER, D., C. TILQUIN, P. LAMBERT, P. *Plan de soins infirmiers*, PRN 80 – brochure, EROS, Montréal, 1982, 40 p.

TILQUIN, C. et al. *Cadre méthodologique de l'évaluation continue des clientèles avec le système PLAISIR*, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1989, 75 p.

TILQUIN, C. et al. *Évaluation continue des besoins des personnes en perte d'autonomie en milieu institutionnel*, La science des systèmes dans le domaine de la santé, vol. 3, G. Duru et al., Éditeurs, Masson, Paris, 1988, p. 409-412.

TILQUIN, C. et al. *L'offre et la demande de soins et d'assistance dans les centres hospitaliers de soins de longue durée et les centres d'accueil d'hébergement,* ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1989, 86 p.

TILQUIN, C., J. CARLE, D. SAULNIER, P. LAMBERT. *Mesure du niveau des soins infirmiers requis*, PRN 80 – Éditions de l'INSA, Montréal, 1980, 220 p.

VANDERSTRAETEN, G., C. TILQUIN, D. SAULNIER, E. ST-ONGE, J.M. MONTI, G. PERRON, P. LAMBERT., *Informatisation du système PRN : le système PLAISIR de PLAnification Informatisée des Soins Infirmiers Requis*, texte d'une communication présentée dans le cadre de la Conférence informatique et soins infirmiers, Dijon, France, 20-22 mars 1985.

ANNEXE 5

PROFIL DES BÉNÉFICIAIRES

Date : ______________________________
Nom de l'unité : ______________________
Chef d'unité : ________________________

Nombre de bénéficiaires : ________________
Vocation de l'unité : ____________________

N.B. : COCHER LA CASE APPROPRIÉE ET PRÉCISER S'IL Y A LIEU

Caractéristiques				Transferts				Communications			Comportements				Infections	
N° de chambre	Sexe	Âge	Poids	Autonome	Avec un soignant	Avec 2 soignants	Lève-personne	Comprend	Comprend partiellement	Ne comprend pas	Non collaborateur	Gestes imprévisibles	Agressivité	Autres (précisez)	Maladie infectieuse (type de maladie)	Transmission air\ Contact sang et liquides biol.

N.B. : encerclez les numéros de chambre des patients qui présentent des problèmes particuliers en regard de la sécurité des travailleurs.

ANNEXE 6

ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ DES LITS

UNITÉ :

N°	Modèle	Dimensions hors-tout			Roulettes/ freins	Côtés de lit/ contrôles	Mani-velles	Matelas/ sommier	Commentaires
		Haut.	Larg.	Long.					

GRILLE – ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ DES LITS

N^o :
- noter le numéro d'identification du lit ; s'il n'y en a pas, assigner un numéro de référence.

Modèle :
- identifier la marque et le modèle de lit ;
- noter s'il s'agit d'un modèle électrique ou manuel ainsi que l'année approximative de fabrication.

Dimensions :
- noter la hauteur entre le dessus du matelas et le sol lorsque le lit est en position haute et en position basse ;
- noter sa largeur et sa longueur hors-tout.

Roulettes :
- mesurer et noter le diamètre des roulettes, leur état d'usure et si elles sont directionnelles ou pivotantes ;
- s'il y a lieu, noter le type de freins (pédales, papillons, à blocage central) et vérifier leur efficacité à immobiliser parfaitement le lit ;
- vérifier le niveau d'effort requis pour appliquer et enlever les freins ainsi que leur accès.

Côtés de lit :
- noter l'emplacement de la manette de verrouillage des côtés de lit ainsi que la facilité d'accès et d'utilisation ;
- noter l'espace entre le côté de lit abaissé et le sol lorsque le lit est en position basse.

Manivelles :
- noter leur fonctionnement, le niveau d'effort requis pour les actionner et si celles-ci sont rétractables ou non ;
- pour toutes les manivelles, noter le nombre de tours requis pour élever le lit de la position basse à la position haute.

Matelas :
- mesurer la longueur et la largeur du matelas et vérifier si elles correspondent à celles du sommier ;
- mesurer l'épaisseur du matelas ;
- noter s'il est muni de poignées pour faciliter son retournement ;
- noter si le matelas est stable sur le sommier et s'il y a présence de butoirs (latéraux et au pied) ou des bandes antidérapantes efficaces.

Commentaires :
- noter vos commentaires et ceux des travailleurs sur le fonctionnement général du lit.

ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ DES CIVIÈRES

UNITÉ :

Nº	Modèle	Dimensions hors-tout			Roulettes/ freins	Côtés	Mani- velles	Matelas	Commentaires
		Haut.	Larg.	Long.					

GRILLE – ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ DES CIVIÈRES

N° :
- noter le numéro d'identification de la civière ; s'il n'y en a pas, assigner un numéro de référence.

Modèle :
- identifier la marque et le modèle de la civière .

Dimensions :
- mesurer et noter la hauteur de la civière par rapport au sol, à partir de la surface du matelas en position haute et en position basse.

Roulettes :
- mesurer et noter le diamètre des roulettes, leur état d'usure et si elles sont directionnelles ou pivotantes ou les deux à la fois ;
- vérifier si le mécanisme de contrôle de direction des roulettes est central ou fixé sur chaque roulette ;
- s'il y a lieu, noter le type de freins (pédales, papillons, contrôle central) ; vérifier leur efficacité à immobiliser parfaitement la civière.

Côtés :
- noter l'emplacement de la manette de verrouillage des côtés de la civière ainsi que la facilité d'accès et d'utilisation ;
- noter l'espace entre la base de la civière et le sol et vérifier si la base d'un lève-personne peut y passer.

Manivelles :
- noter leur fonctionnement, la facilité d'utilisation et si celles-ci sont rétractables ou non.

Matelas :
- mesurer la longueur, la largeur et l'épaisseur du matelas et vérifier si ces dimensions correspondent à celles du sommier ;
- noter si le matelas est stable sur le sommier et s'il y a présence de butoirs (latéraux et au pied) ou des bandes antidérapantes efficaces.

Commentaires :
- noter vos commentaires et ceux des travailleurs sur le fonctionnement général des civières.

ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ DES FAUTEUILS ROULANTS

UNITÉ :

N°	Modèle	Roues/ freins	Appuie-bras	Repose-pied	Dossier et siège	Commentaires

GRILLE – ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ DES FAUTEUILS ROULANTS

N^o :	• noter le numéro d'identification du fauteuil roulant ; s'il n'y en a pas, assigner un numéro de référence.
Modèle :	• identifier la marque et le modèle ; • spécifier s'il est réservé à l'unité ou d'usage commun.
Roues :	• préciser l'état des roues (usées, enduites de cire, etc.).
Freins:	• vérifier et noter l'efficacité des freins à immobiliser le fauteuil.
Appuie-bras :	• noter s'ils sont fixes ou amovibles ; • noter si le mécanisme pour les enlever et les mettre fonctionne bien.
Repose-pied :	• noter s'ils sont fixes, pivotants ou amovibles ; • préciser s'il est facile de les mettre et de les enlever ; • vérifier le mécanisme de réglage de la hauteur des repose-pied.
Dossier et siège :	• noter s'ils sont en bon état ; • mesurer la hauteur et la largeur du dossier ; • mesurer la hauteur, la largeur et la profondeur du siège.
Commentaires :	• noter vos commentaires et ceux des travailleurs sur le fonctionnement général des fauteuils roulants.

ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ DES FAUTEUILS GÉRIATRIQUES

UNITÉ :

N°	Modèle	Roulettes/ freins	Appuie-bras	Repose-pied	Dossier et siège	Stabilité	Tablette	Commentaires

GRILLE – ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ DES FAUTEUILS GÉRIATRIQUES

N^{o} :
- noter le numéro d'identification du fauteuil gériatrique ; s'il n'y en a pas, assigner un numéro de référence.

Modèle :
- identifier la marque et le modèle ;

Roulettes :
- mesurer et noter le diamètre des roulettes et leur état ;
- préciser si les roulettes avant et arrière sont fixes, pivotantes ou permettent ces deux positions.

Freins:
- noter le type de freins en présence et préciser s'ils sont efficaces à immobiliser le fauteuil.

Appuie-bras :
- noter s'ils sont fixes ou amovibles ;
- noter s'ils sont réglables ;
- noter si le mécanisme pour les enlever et les mettre fonctionne bien.

Repose-pied :
- noter la présence de repose-pied et spécifier s'ils sont amovibles ou rétractables ;
- préciser si le mécanisme pour rétracter les repose-pied fonctionne bien ;
- préciser s'il y a un réglage de la hauteur des repose-pied. Si oui, mesurer et noter la hauteur la plus basse et la plus haute ;
- préciser si le réglage de la hauteur fonctionne bien.

Dossier et siège :
- mesurer et noter la hauteur du dossier ;
- mesurer la largeur du dossier ;
- mesurer et noter la profondeur, la largeur et la hauteur du siège ;
- noter si la partie supérieure du dossier est rétractable.

Tablette ou plateau :
- vérifier la facilité à mettre et à enlever la tablette ou le plateau.

Stabilité :
- vérifier la stabilité du fauteuil même lorsque le patient est assis sur le bord du fauteuil.

Commentaires :
- noter vos commentaires et ceux des travailleurs sur le fonctionnement général des fauteuils gériatriques.

ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ DES FAUTEUILS DE REPOS

UNITÉ :

N°	Type	Fixe, oscillant, basculant	Siège/ coussin	Dossier/ inclinaison	Appuie-bras	Stabilité	Commentaires

GRILLE – ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ DES FAUTEUILS DE REPOS

N° :
- noter le numéro d'identification du fauteuil de repos ; s'il n'y en a pas, assigner un numéro de référence.

Type :
- identifier la marque et le type de fauteuil : fixe, oscillant ou basculant.

Siège :
- mesurer et noter la profondeur et la largeur du siège ;
- mesurer la hauteur du siège à partir du sol ;
- mesurer la hauteur en position neutre, pour un fauteuil basculant ; mesurer aussi la hauteur lorsque le bénéficiaire est assis au bord avant du fauteuil.

Coussin du siège :
- vérifier s'il y a des attaches pour l'empêcher de glisser ;
- s'il est du type « *Lazy-Boy* », noter les dimensions intérieures et les dimensions hors-tout pour évaluer l'espace occupé par le fauteuil.

Dossier :
- noter la hauteur à partir du siège ;
- noter les angles d'inclinaison possibles ;
- s'il y a de larges rebords au dossier, mesurer la largeur intérieure et l'épaisseur des rebords.

Appuie-bras :
- noter la hauteur à partir du siège ;
- noter s'ils sont amovibles.

Stabilité :
- vérifier la stabilité du fauteuil lorsque le bénéficiaire est assis au bord avant du siège ;
- vérifier la possibilité d'immobiliser le fauteuil.

Commentaires :
- noter vos commentaires et ceux des travailleurs sur le fonctionnement général des fauteuils de repos.

ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ DES CABINETS DE CHEVET (*SOMNOS*)

UNITÉ :

N^{o}	Modèle	Dimensions			Rou-lettes/ freins	Espace entre		Range-ment tiroirs/ tablettes	Commentaires
		Haut.	Larg.	Prof.		Cabinet/ lit	Cabinet/ autres		

GRILLE – ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ DES CABINETS DE CHEVET (*SOMNOS*)

N^{o} :
- noter le numéro d'identification du cabinet de chevet ; s'il n'y en a pas, assigner un numéro de référence.

Modèle :
- identifier la marque et le modèle.

Dimensions :
- mesurer et noter la largeur, la profondeur et la hauteur.

Roulettes :
- s'il y a des roulettes, mesurer et noter leur diamètre, leur état d'usure et si elles sont fixes ou pivotantes.

Freins :
- si des freins sont présents, noter le type (pédales, papillons, etc.) et vérifier leur efficacité à immobiliser parfaitement le cabinet de chevet.

Espace de chaque côté :
- noter l'espace entre le côté de lit du bénéficiaire et le cabinet de chevet et noter l'espace de l'autre côté (mur ou autre lit).

Rangement :
- noter le nombre de tiroirs et de tablettes ;
- noter si le tiroir reste bien en place lorsqu'il est complètement ouvert.

Commentaires :
- noter vos commentaires et ceux des travailleurs sur le fonctionnement général des cabinets de chevet.

ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ DES LÈVE-PERSONNE

UNITÉ :

N^{o}	Modèle	Roulettes/ freins	Système hydraulique et manivelles ou système électrique	Hauteur de levée	Poignées de poussée	Largeur de la base	Commentaires

GRILLE – ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ DES LÈVE-PERSONNE

N° :
- noter le numéro d'identification du lève-personne ; s'il n'y en a pas, assigner un numéro de référence.

Modèle :
- identifier la marque et le modèle du lève-personne (ex. : Hoyer, Medi-man, Versa-Lift, Mécanaids, etc.).

Roulettes :
- mesurer et noter le diamètre des roulettes et leur état ;
- noter si elles sont munies de freins et vérifier leur efficacité ;
- noter si elles peuvent être mises en position directionnelle ;
- noter s'il y a une cinquième roulette directionnelle.

Freins :
- noter s'il y a des freins efficaces et sur quelles roulettes.

Système hydraulique et manivelles :
- noter l'état du système et son efficacité, noter toute fuite d'huile ;
- évaluer et noter la solidité, l'efficacité et la facilité de manipulation de chaque manivelle.

Système électrique :
- indiquer s'il est mobile, fixe ou sur rail ;
- noter la localisation des commandes fixes ou mobiles, la longueur du fil de la commande à distance, s'il y a lieu.

Hauteur de levée :
- noter la hauteur sol/support, minimale et maximale.

Poignées de poussée :
- noter la hauteur poignées/sol ;
- noter la distance entre les deux poignées.

Largeur de la base :
- noter s'il s'agit d'un mécanisme à cran ou à manivelle ;
- noter la largeur minimale, intermédiaire et maximale.

Commentaires :
- noter vos commentaires et ceux des travailleurs sur le fonctionnement général des lève-personne.

ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ DES TOILES DE LÈVE-PERSONNE

UNITÉ :

N^{o}	Modèle/ type	Grandeur	Nombre	Courroies/ Crochets latéraux	Condition	Commentaires

GRILLE – ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ DES TOILES DE LÈVE-PERSONNE

N^o :	•	noter le numéro d'identification des toiles ; s'il n'y en a pas, assigner un numéro de référence.
Modèle :	•	identifier le type (hamac, double cuissarde, deux pièces, civière).
Grandeur :	•	noter si les toiles sont petites, moyennes ou grandes (des capacités en poids sont parfois indiquées).
Nombre :	•	noter le nombre de toiles de chaque modèle et chaque grandeur sur l'unité.
Courroies :	•	noter si elles sont fixées à même la toile ou indépendantes, à courroies, avec anneaux de métal, à chaînes.
Crochets latéraux :	•	noter s'ils sont présents (au nombre de deux pour élargir les points d'attache de la toile).
Condition :	•	vérifier et noter l'état d'usure de chaque toile, particulièrement l'état des courroies et des attaches ; surveiller particulièrement les rebords de la toile à proximité des pièces de métal.
Commentaires :	•	noter vos commentaires et ceux des travailleurs sur le fonctionnement général des toiles de lève-personne.

ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ DES CHAISES D'AISANCES

UNITÉ :

N°	Modèle	Roulettes/ freins	Appuie- bras	Repose- pied	Dossier siège	Commentaires

GRILLE – ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ DES CHAISES D'AISANCES

No :	• noter le numéro d'identification des chaises ; s'il n'y en a pas, assigner un numéro de référence.
Modèle :	• identifier le modèle ou la marque de la chaise.
Roulettes :	• noter le diamètre des roulettes et leur état ; • spécifier si elles sont fixes ou pivotantes.
Freins :	• noter la présence de freins à l'avant ou à l'arrière et leur efficacité à immobiliser l'équipement (s'il recule quand le patient s'assoit).
Appuie-bras :	• noter s'ils sont fixes, pivotants ou amovibles ; • noter si le mécanisme pour enlever et mettre les appuie-bras est simple et efficace.
Repose-pied :	• noter si des repose-pied sont présents ; si oui, spécifier s'ils sont fixes, pivotants ou amovibles ; • noter si le mécanisme pour les enlever et les mettre fonctionne bien.
Dossier et siège :	• mesurer et noter la hauteur du dossier ; • mesurer et noter la hauteur entre le dessus du siège et le sol et entre le dessous du siège et le sol ; • mesurer et noter l'espace entre les pattes (avant et arrière).
Couvercle :	• vérifier s'il tient bien de lui-même en position élevée.
Commentaires :	• noter vos commentaires et ceux des travailleurs sur le fonctionnement général des chaises d'aisances.

ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ DES PETITS BANCS

UNITÉ :

Nº	Modèle	Surface d'appui	Stabilité	Commentaires

GRILLE – ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ DES PETITS BANCS

N° :
- noter le numéro d'identification du petit banc ; s'il n'y en a pas, assigner un numéro de référence.

Modèle :
- identifier le modèle du petit banc.

Surface d'appui :
- noter si la surface d'appui est antidérapante ou non ;
- noter tout bris ou décollement de la surface.

Stabilité :
- vérifier si la base est plus grande que la surface d'appui ;
- noter si le petit banc est stable et si des embouts de caoutchouc sont présens et en bon état à l'extrémité de chacune des pattes.

Commentaires :
- noter si les petits bancs sont nécessaires en rapport avec les modèles de lits présents dans la chambre ;
- noter vos commentaires et ceux des travailleurs sur le fonctionnement général des petits bancs.

ANNEXE 7

ÉVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT – CHAMBRES 1 LIT

Unité : ______________________________ **Longueur :** ____________ **x largeur :** __________

Superficie : ____________**m²** (____________**pi²**)

Porte		Lit	Espace autour du lit			Meubles	Lavabo	Commentaires
N°	Larg.		Droite	Gauche	Extrémité			

Valeurs de référence

Superficie : 19,5 m² en CHSLD

- 1,2 m (48 po) à l'extrémité du lit (tolérance de 1 m en rénovation) ;
- 1,52 m (60 po) pour tourner un fauteuil roulant ;
- 1,8 m (71 po) pour la giration d'un lève-personne.

CHAMBRES 1 LIT

Superficie :
- mesurer et noter la longueur et la largeur de la chambre, puis calculer la superficie totale.

Espace autour du lit :
- mesurer et noter les espaces de circulation autour du lit (entre le lit et les murs latéraux, aux extrémités).

Meubles :
- dresser une liste de meubles et équipements présents dans la chambre (ex. : cabinet de chevet, fauteuil gériatrique, télévision, commode, etc.) ;
- mesurer et noter la largeur et la longueur de chacun des meubles ;
- mesurer et noter les espaces libres entre chacun d'eux. Porter une attention particulière à l'espace libre entre les côtés de lit et les cabinets de chevet ;
- si des équipements sont absents, mais utilisés parfois dans la chambre, les noter (ex. : lève-personne, civière, respirateur, etc.).

Porte :
- noter le numéro de porte de la chambre évaluée et le numéro d'emplacement du lit ;
- mesurer et noter la largeur entre les cadres de porte.

Lavabo :
- si un lavabo est présent dans la chambre, mesurer et noter ses dimensions : hauteur supérieure et inférieure, largeur, profondeur.

Plancher :
- spécifier le type de revêtement de sol et préciser s'il est glissant ou non ; noter toute présence de liquide ou nourriture ;
- noter si le plancher est en bon état ;
- noter s'il y a des seuils surélevés.

Commentaires :
- noter vos commentaires et ceux des travailleurs concernant cet environnement.

ÉVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT – CHAMBRES 2 LITS

Unité : ______________________________ **Longueur :** ____________ **x largeur :** __________
Superficie : ____________**m²** (____________**pi²**)

Porte		Lits	Espace autour du lit			Meubles	Lavabo	Commentaires
N°	Larg.		Droite	Gauche	Extrémité			
		Lit A Lit B						**Valeurs de référence** Superficie : 19,5 m² en CHSLD • 1,2 m (48 po) à l'extrémité du lit (tolérance de 1 m en rénovation) ; • 1,52 m (60 po) pour tourner un fauteuil roulant ; • 1,8 m (71 po) pour la giration d'un lève-personne.

CHAMBRES 2 LITS

Superficie :
- mesurer et noter la longueur et la largeur de la chambre, puis calculer la superficie totale.

Espace autour du lit :
- mesurer et noter les espaces de circulation autour de chaque lit (entre les lits, entre les lits et les murs latéraux, aux extrémités).

Meubles :
- dresser une liste de meubles et équipements présents dans la chambre (ex. : cabinet de chevet, fauteuil gériatrique, télévision, commode, etc.) ;
- mesurer et noter la largeur et la longueur de chacun des meubles ;
- mesurer et noter les espaces libres entre chacun d'eux. Porter une attention particulière à l'espace libre entre les côtés de lit et les cabinets de chevet ;
- si des équipements sont absents, mais utilisés parfois dans la chambre, les noter (ex. : lève-personne, civière, respirateur, etc.).

Porte :
- noter le numéro de porte de la chambre évaluée et le numéro d'emplacement du lit ;
- mesurer et noter la largeur entre les cadres de porte.

Lavabo :
- si un lavabo est présent dans la chambre, mesurer et noter ses dimensions : hauteur supérieure et inférieure, largeur, profondeur.

Plancher :
- spécifier le type de revêtement de sol et préciser s'il est glissant ou non ; noter toute présence de liquide ou nourriture ;
- noter si le plancher est en bon état ;
- noter s'il y a des seuils surélevés.

Commentaires :
- noter vos commentaires et ceux des travailleurs concernant cet environnement.

ÉVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT – SALLES DE BAIN

Unité : ________________________________ **Longueur :** ____________ **x largeur :** __________

Superficie : ____________ m^2 (____________ pi^2)

Porte		Plan-cher	Baignoire		Espace autour			Venti-lation	Commentaires
N°	Larg.		Haut.	Acces.	Droite	Gauche	Extrém.		

Valeurs de référence

Superficie : __________m^2

- longueur : 3,66 m (144 po ou 12 pi) ;
- largeur : 2,87 m (113 po ou 9,4 pi) ;
- Espace mur – baignoire :
  - d'un côté : 75 cm (29,5 po) ;
  - de l'autre : 1,26 m (49 po) ;
- espace pour tourner un fauteuil roulant : 1,52 m (60 po) ;
- espace pour tourner un lève-personne mobile : 1,80 m (71 po).

SALLES DE BAIN

Superficie :
- mesurer et noter la longueur et la largeur de la salle de bain, puis calculer la superficie totale.

Porte :
- noter le numéro de porte de la salle de bain ;
- mesurer et noter la largeur entre les cadres de porte.

Plancher :
- spécifier le type de revêtement de sol et préciser s'il est glissant ou non ;
- noter s'il y a présence de drain au plancher de même que la présence d'eau sur le plancher ;
- noter si le plancher est en bon état ;
- noter s'il y a des seuils surélevés.

Baignoire :
- noter le modèle de baignoire et, si elle est à hauteur fixe, mesurer la hauteur entre le rebord de la baignoire et le sol ; si elle est à hauteur variable, mesurer la hauteur maximale et minimale ;
- noter si elle est accessible sur un ou plusieurs côtés ;
- mesurer l'espace disponible autour de la baignoire : côté droit, côté gauche et à l'extrémité.

Douche :
- si une douche est présente, noter les caractéristiques de la douche.

Siège de transfert :
- indiquer s'il est fixe ou mobile ; s'il est mobile, indiquer la longueur et la largeur de la base.

Ventilateur :
- noter s'il y a présence d'une ventilation dans la salle de bain et vérifier son efficacité.

Commentaires :
- noter vos commentaires et ceux des travailleurs concernant cet environnement ;
- noter la présence de barres d'appui et vérifier si leur emplacement est fonctionnel.

ANNEXE 8

OBSERVATION DES TÂCHES DE MANUTENTION

GÉNÉRALITÉS
• Tâche observée (date) :
• Établissement :
• Unité (local) :

SECTION I : CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES	
Inscrivez ou cochez la réponse dans la case correspondante	
• 1. Manutention : seul ☐ à deux ☐ à trois ☐	
	Travailleur observé
• 2. Titre d'emploi	
• 3. Taille	
• 4. Poids	
• 5. Sexe (H ou F)	
• 6. Ancienneté au poste	
• 7. Formation à la manutention PDSB	
Autres (précisez)	
Depuis quand ?	
• 8. Tenue vestimentaire	
Pantalon ou jupe-pantalon	
Chaussures fermées	
Talon bas	
Semelles antidérapantes	
• 9. Port d'équipements de protection individuels (gants, tablier, etc.). Si oui, décrivez.	

MODE D'EMPLOI

Le mode d'emploi vous indique succinctement la marche à suivre pour utiliser la grille d'observation des tâches de manutention. La grille est constituée de cinq sections servant à rassembler les informations pertinentes à une observation méthodique d'une tâche de manutention. La section V sert à synthétiser les données d'observation recueillies.

? La grille permet d'observer une seule tâche de manutention à la fois.

? Vous pouvez utiliser, selon vos besoins, une partie de la grille (sections I et II seulement) ou l'ensemble (sections I à V) pour une observation plus complète.

La grille se présente sous la forme d'un questionnaire qu'il s'agit de remplir dans l'ordre numérique d'apparition des questions ou des éléments.

Voici les instructions à suivre pour chacune des sections.

? **Généralités**
Cette partie sert à enregistrer les coordonnées de la tâche observée. À remplir dans l'ordre d'apparition des questions.

? **Section I : caractéristiques des travailleurs**
Cette section sert à rassembler les informations essentielles concernant les travailleurs observés. À remplir dans l'ordre d'apparition des questions.

? **Section II : observation des postures et des mouvements**
Cette section demande une attention spéciale quant à la manière de l'utiliser. L'observateur doit suivre à la lettre les instructions pour arriver à enregistrer correctement les informations nécessaires à une observation judicieuse des postures, du mouvement et de la source de l'effort.

Des instructions détaillées sont inscrites au début de la section II.

? **Section III : conditions d'exécution de la tâche**
Cette section vise à rassembler les informations pertinentes concernant la personne ou l'objet manipulé, selon le cas, les équipements de transfert utilisés et les principales conditions environnementales. À remplir dans l'ordre d'apparition des questions.

? **Section IV : appréciation de la tâche par les travailleurs**
Cette section est un guide d'entrevue avec le travailleur qui a réalisé la tâche de manutention observée. À remplir dans l'ordre d'apparition des questions.

? **Section V : synthèse des problèmes observés**
Cette section permet de faire une synthèse des informations colligées autour des catégories de l'approche globale de la situation de travail en recoupant toutes les questions qui concernent la personne, la tâche, l'équipement, l'environnement, le temps et l'organisation du travail.

Au terme de cette synthèse, l'observateur devrait être en mesure d'identifier clairement les anomalies associées à la tâche observée. À remplir dans l'ordre d'apparition des questions.

SECTION II : OBSERVATION DES POSTURES ET DES MOUVEMENTS

a) ***Observez un seul travailleur à la fois.***

b) ***Votre attention est centrée sur le travailleur à observer. Ne le quittez pas des yeux.***

c) ***Observez la position du* dos*, des* bras *et des* jambes *au moment de l'exécution de la tâche.***

d) ***Immédiatement après la fin de l'exécution de la tâche, notez sur une feuille vos observations spontanées.***

Après quelques observations, il vous sera facile d'enregistrer directement vos observations sur la grille.

e) ***Remplissez ensuite la grille dans l'ordre numérique d'apparition des questions.***

f) ***Il est très important, au départ, de bien identifier la* tâche *exécutée et de la décomposer en ses différentes* opérations*. Tout le reste des réponses en dépend.***

g) ***Au pointage des* postures *(dos, bras et jambes), cochez la case correspondant à la posture pour chacune des opérations de la tâche. Vous pouvez cocher plus d'une case pour représenter la posture observée.***

h) ***Les figures illustrées ne présentent évidemment pas toutes les possibilités, aussi, il faut décrire dans la partie « Commentaires » les postures qui ne sont pas représentées et les postures variantes.***

•	10.	Travailleur observé : n^{o}		
•	11.	Durée de l'observation totale : minutes	début : h	fin : h
•	12.	La **tâche observée** constitue l'ensemble de la manœuvre à effectuer. *Par exemple : transférer un patient du lit au fauteuil roulant.* Les **opérations** constituent les différentes actions successives que le travailleur doit effectuer pour réaliser la manœuvre. *Par exemple : asseoir le patient sur le lit (opération n° 1) ; mettre le patient debout (opération n° 2) ; asseoir le patient sur le fauteuil roulant (opération n° 3). Si la tâche comporte plus de cinq opérations, les inscrire à la suite.*		
	Tâche observée :			
Opération n° 1				
Opération n° 2				
Opération n° 3				
Opération n° 4				
Opération n° 5				

Cochez les cases appropriées. Cochez plus d'une case par opération si nécessaire

• 13. Dos et bras

	Dos voûté	Dos fléchi de côté	Dos en torsion	Dos fléchi et en torsion	Dos droit	Un ou deux bras au-dessus des épaules
Op. 1						
Op. 2						
Op. 3						
Op. 4						
Op. 5						

• 14. Jambes

	Jambes droites	Jambes fléchies	En appui sur une jambe	Un ou deux genoux au sol	Pieds écartés	Pieds rapprochés
Op. 1						
Op. 2						
Op. 3						
Op. 4						
Op. 5						

Commentaires :

___

___

___

• 15. Inscrivez la réponse appropriée.

	Charge rapprochée du corps		Prise solide et enveloppante		Direction principale du mouvement		Source principale de l'effort		
	Oui	**Non**	**Oui**	**Non**	**Verticale**	**Horizontale**	**Dos**	**Bras**	**Jambes**
Op. 1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Op. 2	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Op. 3	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Op. 4	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Op. 5	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Commentaires :

____

____

____

____

• 16. Décrivez les poins d'ancrage sur la charge (partie du corps, vêtement, ceinture, drap, sangle, etc.) :

• 17. Quelle est votre appréciation du **rythme d'exécution** de la tâche observée ?	Rapide	Lent	Normal
• 18. Quelle est votre appréciation de la **communication** et de la **synchronisation** dans l'exécution de la tâche observé ?	Bonne	Mauvaise	Passable

• 19. Commentaires :

____

____

____

____

SECTION III : CONDITIONS D'EXÉCUTION DE LA TÂCHE				
Ne répondre qu'aux questions pertinentes				
Déplacement d'une personne				
Ne s'applique pas ☐				
• 20. Description de la personne déplacée :	Poids	Sexe	Taille	N° du lit
• 21. Nombre de personnes déplacées dans un quart de travail				Nbre
• 22. La personne déplacée :		Oui	Non	Partiellement
• collabore-t-elle ?				
• comprend-elle ?				
• supporte-t-elle son poids sur les jambes ?				
• a-t-elle de la force dans les bras ?				
• 23. Distance verticale du déplacement :				cm
• 24. Distance horizontale du déplacement :				cm
Manutention d'un objet				
Ne s'applique pas ☐				
• 25. Description de l'objet déplacé :				
• 26. Quantité d'objets déplacés :		Nbre/heure		Nbre/8 heures
• 27. Poids de l'objet :				kg
• 28. Dimensions de l'objet :		Hauteur cm	Largeur cm	Profondeur cm
• 29. Distance verticale de déplacement :				cm
• 30. Distance horizontale de déplacement				cm

Équipements de transfert ou de levage

Ne s'applique pas ☐

• 31. Équipement FIXE de transfert ou de levage utilisé :		**Oui**	**Non**
Si oui, décrivez l'équipement			
• 32. L'équipement est-il :	• adapté ?		
	• en bon état de fonctionnement		
• 33. Équipement ROULANT de transfert ou de levage utilisé ?			
Si oui, décrivez l'équipement :			
• 34. L'équipement est-il :	• adapté ?		
	• en bon état de fonctionnement		
• 35. Les équipements de transfert et de levage sont-ils accessibles ?			

Commentaires :

• 36. Les travailleurs ont-ils reçu une formation suffisante à l'utilisation des équipements de transfert ou de levage ?		

Commentaires :

Environnement

Ne s'applique pas ☐

• 37. État des surfaces de roulement :		Bon	Mauvais	Passable
• 38. Y a-t-il des surfaces inclinées ?	Oui	Non	Distance	Degré de pente

• 39. Les surfaces sont-elles glissantes ? Si oui, décrivez :					
• 40. Conditions climatiques :	• température :	Chaude	Froide	Tempérée
	• air :	Humide	Sec	Normal
• 41. L’espace est-il suffisant pour exécuter la tâche confortablement ? Sinon, décrivez :				
Faire un schéma au besoin.				

SECTION IV : APPRÉCIATION DE LA TÂCHE PAR LES TRAVAILLEURS			
Instructions : interrogez le travailleur observé en lui posant les questions qui apparaissent dans cette section.			
• 42. Estimation du degré de pénibilité de la tâche :	Facile	Difficile	Pénible
• 43. S'il y a des manifestations d'inconfort et de douleurs attribuables au travail, localisez précisément les zones de sensibilité corporelle :			
• 44. Identifiez les principales NUISANCES à l'exécution de la tâche (équipement déficient, patient lourd, espace restreint, contrainte de temps, etc.) :			
• 45. Que faudrait-il faire pour éliminer les NUISANCES identifiées :			

	Oui	Non
• 46. La tâche a-t-elle été effectuée selon un PLAN préalablement établi ? Expliquez.		
• 47. Est-ce une façon de faire qui est habituelle ? Expliquez.		
• 48. Cette façon de faire est-elle différente de la prescription de travail ? Expliquez.		
• 49. Dispose-t-on du temps nécessaire pour réaliser la tâche sans empressement ? Expliquez.		
• 50. La manière d’exécuter la tâche s’est-elle avérée sécuritaire et efficace ? Expliquez.		
• 51. Commentaires généraux du travailleur :		

SECTION V : SYNTHÈSE DES PROBLÈMES OBSERVÉS

Tâche observée :

• 52. **PERSONNE** (voir questions 1 à 9, 36, 42 à 45)

___

___

___

• 53. **TÂCHE**

Description de la tâche (voir question 12)

___

___

___

Postures (voir questions 13, 14)

___

___

___

Prises, mouvements et efforts (voir questions 15, 16)

___

___

___

Caractéristiques de la charge (pour une personne, voir questions 20 à 24 ; pour un objet, voir questions 25 à 30)

___

___

___

• 54. **ÉQUIPEMENT** (voir questions 31 à 35)

___

___

___

- 55. **ENVIRONNEMENT** (voir questions 37 à 41)

- 56. **ORGANISATION DU TRAVAIL** (voir questions 46 à 49)

- 57. **TEMPS** (voir questions 11, 17 à 19, 49)

- 58. **GÉNÉRALITÉS** (voir questions 50, 51)

- 59. **SYNTHÈSE**

ANNEXE 9

ORGANISATION DES SOINS INFIRMIERS

Les soins infirmiers ont évolué et ont subi de grandes transformations depuis le début du siècle ; Florence Nightingale, par ses réformes, a contribué à ces transformations. Comme ce guide de prévention s'adresse au personnel des soins infirmiers, il est intéressant de préciser les différents modes d'organisation de soins qui ont prévalu et de constater les tendances actuelles.

1. Organisation individuelle centralisée

L'organisation individuelle centralisée est caractéristique des hôpitaux des trois ou quatre premières décennies du siècle. Les soins hospitaliers sont donnés, pour une bonne part, par les étudiantes des écoles d'infirmières ; le personnel infirmier qualifié est alors restreint sur les unités par rapport au nombre de malades[1].

L'hospitalière (infirmière-chef) est responsable de tout et de toutes les décisions relatives aux soins des patients. C'est elle qui attribue les patients, qui assigne les tâches aux étudiantes infirmières, qui organise l'enseignement, qui procède aux achats, qui veille à l'accueil et au départ des patients, qui accompagne le médecin, etc. Elle est le pivot central dans ce type d'organisation ; chaque personne se rapporte à l'hospitalière et elle est le lien direct avec le médecin.

Les tâches étaient distribuées au personnel selon leur capacité et le niveau de formation des étudiantes. Les tâches les plus complexes étaient confiées aux personnes les plus compétentes : les étudiantes plus avancées et les infirmières diplômées ; les aides n'accomplissent que des travaux non professionnels.

Cette organisation du travail subira ses premières atteintes dans le sens d'une spécialisation des tâches : le nursing fonctionnel.

2. Nursing fonctionnel

Avec ce type d'approche, la fragmentation des soins est courante et la division du travail est telle que chaque membre est affecté à des tâches plutôt qu'à un patient. Comme il n'y a pas de démarche de soins et que les soins sont dispensés par plusieurs personnes, la continuité en est affectée. Petitat[1] rapporte que ce type d'organisation n'a jamais pénétré en profondeur, il aurait été limité à la centralisation de quelques tâches : injections et administration des antibiotiques, intraveineuses, prélèvements, stérilisation et pansements.

La méthode fonctionnelle prévoit une coordination hiérarchique des soins, l'infirmière-chef assurant l'évaluation et la coordination ; le personnel infirmier est souvent peu au courant de l'état du patient et l'infirmière-chef est souvent dérangée à ce sujet.

Le milieu francophone semble avoir été réticent devant ce mode d'organisation ; du côté anglophone, le nursing fonctionnel est à peine installé qu'une solution plus avantageuse apparaît, soit le système d'équipe.

3. Système d'équipe

Un surplus d'infirmières avait été prévu à la fin de la guerre, à cause du retour des infirmières, mais cela ne s'est pas produit parce que le développement du réseau hospitalier a créé une demande plus forte, couplée à une diminution de la semaine de travail[1, 2]. Pour combler cette pénurie, les établissements commencent à former des infirmières auxiliaires afin d'aider les infirmières et ceci est propice à l'émergence d'un système d'équipe (fin des années '40, début des années '50).

Le système d'équipe comporte deux particularités par rapport aux systèmes précédents soit une décentralisation des responsabilités et l'intégration d'une nouvelle intervenante : l'infirmière auxiliaire[1]. Ce système cherche à valoriser le leadership professionnel de l'infirmière et à mieux répondre aux besoins des bénéficiaires.

L'infirmière a alors la responsabilité de fournir des soins mais aussi de planifier et de faire de l'enseignement aux patients. L'équipe est habituellement composée d'un chef d'équipe, d'une infirmière soignante, d'une infirmière auxiliaire et d'un aide (préposé). Le chef d'équipe est une infirmière qui se doit d'assumer un leadership démocratique et de valoriser le rôle de chacun des membres ; en fait, elle prend une partie des responsabilités antérieures de l'infirmière-chef. Elle est responsable de la planification et de l'exécution des soins.

L'organisation des soins infirmiers : évolution et perspective

Les principales étapes du système d'équipe sont[2] :

1) l'identification des problèmes de soins du bénéficiaire ;
2) l'interprétation de ceux-ci par les membres de l'équipe et l'obtention de leur coopération dans la planification ;
3) la formulation et la rédaction d'un plan de soins infirmiers lors de réunions d'équipe ;
4) la distinction et la délégation des activités, selon leur niveau de complexité ;
5) la coordination des activités prévues au plan de soins ;
6) l'évaluation et la rédaction des résultats des soins infirmiers prodigués.

L'infirmière-chef a la responsabilité de constituer les équipes, de superviser et d'assumer la responsabilité générale du département.

Si le travail d'équipe a l'avantage d'intégrer l'infirmière auxiliaire, il la place aussi dans un rôle de subordination au chef d'équipe, à l'intérieur d'une petite équipe ; ceci n'est pas sans créer certains conflits. De plus, le chef d'équipe se doit de posséder des capacités de leader et d'avoir une certaine assurance personnelle et professionnelle pour jouer adéquatement son rôle.

Le taux de roulement des soignantes se prête assez mal au système d'équipe ; pour que celui-ci fonctionne adéquatement, il doit y avoir une stabilité des membres de même qu'une allocation suffisante de ressources pour avoir le temps de réunir et d'animer l'équipe. Actuellement, au Québec, le nombre important de travailleuses à temps partiel et sur appel permet difficilement un véritable fonctionnement d'équipe.

Thibault et Desrosiers[2] rapportent certains avantages soulignés par Munson et Clinton :

- l'accent mis sur le bénéficiaire plutôt que sur les tâches ;
- une diminution du nombre de personnes soignant un même bénéficiaire ;
- un meilleur encadrement du personnel auxiliaire et des aides ;
- une plus grande continuité de soins ;
- une meilleure qualité de soins ;
- un sentiment d'appartenance à une équipe de travail ;
- etc.

Cependant, le système n'est pas parfait et, trop souvent, il est constaté qu'il éloigne l'infirmière des soins aux patients, raison pour laquelle elle est devenue infirmière. De plus, le chef d'équipe peut échouer dans sa tâche d'établir un esprit d'équipe et alors l'équipe ne fonctionne plus de façon efficace. Vers la fin des années '60 et le début des années '70, le travail d'équipe n'est plus adéquat et il pose des problèmes[2]. Plusieurs leaders ont des réserves par rapport au système d'équipe et on constate que deux écoles de pensée existent :

1. l'infirmière de l'avenir sera principalement une gestionnaire de soins ;
2. l'infirmière de l'avenir sera principalement une dispensatrice de soins directs au patient.

Hall, tiré de Thibault et Desrosiers[2], se prononce pour la seconde option et propose une organisation des soins qui ne part pas des tâches, mais du patient : le soin global. Ce type de soins s'adresse à une clientèle en phase post-aiguë et axe son approche sur le développement du potentiel du bénéficiaire par l'apprentissage. Il propose une approche administrative cohérente avec une conception très professionnelle des soins ; il simplifie la coordination en réduisant les niveaux hiérarchiques et en supprimant les procédures. L'infirmière est responsable de sa pratique et ne relève pas d'une infirmière-chef ou d'une coordonnatrice ; des aides exécutent les tâches qui ne touchent pas à la clientèle directement (préparer et nettoyer les bains, faire les lits,

etc.). L'expérience tentée au Centre Loeb a, semble-t-il, été positive, mais elle ne s'est pas répandue dans d'autres établissements ; cependant, cela a ouvert la voie à l'apparition des soins intégraux.

4. Soins intégraux

Afin d'humaniser les soins et de solutionner les problèmes du travail d'équipe (fragmentation des soins, réseau complexe de communication, responsabilité partagée) Manthey, rapporté par Thibault et Desrosiers[2], propose les soins intégraux (primary nursing).

Les soins intégraux se distinguent des autres modalités de soins par la décentralisation des prises de décision[3]. Cela signifie que la direction des soins infirmiers accorde aux infirmières soignantes, le droit de prendre les décisions nécessaires pour assurer la qualité des soins qu'elles prodiguent. Chaque bénéficiaire est sous la responsabilité d'une seule infirmière qui doit avoir suffisamment d'autonomie pour exercer ses responsabilités. Elle doit avoir pleine autorité en regard des soins qu'elle donne et doit pouvoir rendre compte en tout temps de ses décisions, de ses actes et de ses résultats. Cette infirmière est la personne ressource pour tout ce qui concerne ce patient, auprès de l'équipe multidisciplinaire, ainsi qu'auprès de la famille ou de toute autre personne concernée. L'infirmière accepte la responsabilité d'un ou de plusieurs patients et elle le fait pour une période de 24 heures sur 24 et de 7 jours sur 7 pendant la durée du séjour des patients.

Elle évalue les besoins du bénéficiaire sur les quarts de travail et s'assure que les soins qu'elle a planifiés sont donnés en son absence en les décrivant dans un plan de soins ; le rapport, à la fin de son quart de travail, est utilisé pour transmettre toute information pertinente sur le bénéficiaire. Elle doit être au courant des activités d'autres intervenants auprès de ses bénéficiaires (physiothérapeute, psychologue, diététiste, etc.) et doit développer une relation d'aide avec ses patients.

Souvent la dotation uniquement en infirmières est perçue comme un prérequis à l'implantation des soins intégraux, ce qui n'est pas le cas. Manthey, rapporté par Thibault et Desrosiers[2], met à l'essai un système de « partnership » visant l'intégration des infirmières auxiliaires à la modalité des soins intégraux ; cette approche est actuellement à l'essai aux États-Unis.

Dans le cadre des soins intégraux, le rôle de l'infirmière-chef diffère nettement de celui des modalités traditionnelles. L'infirmière-chef doit, au départ, faire confiance aux compétences et aux capacités de son personnel. Elle doit s'assurer que les infirmières sont capables d'assumer leurs responsabilités auprès des bénéficiaires[3]. Au besoin, elle doit fournir le support pour combler les faiblesses. Elle doit faire en sorte que le personnel soit autonome et cela de façon sécuritaire et satisfaisante. L'infirmière-chef doit exercer un leadership clinique comme agent de formation de son personnel, comme personne-ressource susceptible de valider les décisions et comme responsable de la qualité des soins.

Les soins intégraux peuvent être modelés différemment selon le type de soins dispensés, le type de bénéficiaires, les ressources financières, le nombre et la catégorie d'emploi des travailleuses, etc. ; il faut simplement que les cinq principes d'organisation du travail[3] s'y retrouvent :

- décentralisation des prises de décision ;
- clair partage des responsabilités ;
- attribution des soins à une seule infirmière ;
- suivi entre la planification et l'application des soins ;
- centralisation des communications relatives à un bénéficiaire par l'infirmière qui en est responsable.

5. Soins infirmiers intégrés (ou soins modulaires)

Le recrutement et le remplacement des infirmières posant certaines difficultés, des établissements ont adopté une organisation de soins qui combine le travail d'équipe et les soins intégraux ; cette modalité s'appelle les soins infirmiers intégrés (ou soins modulaires).

Cette modalité de soins se caractérise par l'utilisation de l'infirmière comme agent intégrateur et régulateur de la démarche de soins et des ressources, dans le but de permettre au client de conserver son autonomie et de participer activement à son plan de soins et d'atteindre les objectifs thérapeutiques. Les soins intégrés exigent une pratique professionnelle autonome et responsable ainsi que des habilités sûres, dans le domaine de la communication et de la coordination et un bon leadership.

L'application de ces principes doit conduire à l'individualisation, la continuité et la qualité des soins. Les membres de l'équipe poursuivent des objectifs communs, clairement identifiés. Les principes de soins infirmiers intégrés s'appliquent lorsque l'infirmière dispense elle-même tous les soins, mais aussi lorsqu'elle délègue certains soins à d'autres membres de l'équipe : infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires. Cependant, les éléments suivants sont toujours présents à chacune des étapes[4] :

- les responsabilités sont clairement partagées ;
- les communications sont précises et pertinentes ;
- l'autonomie et la participation du client sont respectées ;
- l'infirmière des soins intégrés assume la responsabilité du processus 24 heures sur 24 et 7 jours par semaine.

L'infirmière-chef assigne un groupe de patients à une infirmière ; une cueillette de données est alors effectuée par les différents membres de l'équipe et chacun doit recueillir des données bien spécifiques, selon sa fonction et son quart de travail. Lorsque le diagnostic est établi, l'infirmière des soins infirmiers intégrés formule des objectifs et rédige le plan de soins qu'elle communique à ses infirmières associées de soir et de nuit. Des réunions d'équipe ont lieu sur chaque quart de

travail afin de préciser le rôle de chacun ; même si l'infirmière auxiliaire et les préposés aux bénéficiaires dispensent des soins, l'infirmière demeure toujours responsable de son client. Chaque rencontre d'équipe en est une de formation, d'information et de support ; celle-ci, au moins hebdomadaire, permet de faire le suivi des interventions. L'évaluation permet de vérifier si les objectifs sont atteints et les échéanciers respectés ; de nouveaux objectifs sont fixés selon les besoins.

Au Québec, plusieurs approches de soins sont utilisées actuellement ; les modalités selon le système d'équipe sont encore largement répandues et les soins intégraux se retrouvent particulièrement dans les centres hospitaliers de courte durée. Un même établissement peut même utiliser plusieurs modalités selon la vocation de ses diverses unités.

Cependant, malgré les objectifs et les modalités d'application particulières à chacune de ces approches, il ne faut pas perdre de vue que l'organisation du travail doit fournir aux travailleuses des conditions qui vont leur permettre de prodiguer des soins tout en préservant leur santé et leur sécurité personnelles.

Références bibliographiques

[1] PETITAT, André. *Les infirmières, de la vocation à la profession*, Montréal, Boréal, 1989.

[2] THIBAULT, Claire et Gyslaine DESROSIERS. *L'Organisation des soins infirmiers : évolution et perspectives*, Montréal, AHQ, 1990.

[3] DIONNE, Denise et coll. *Que sont les soins intégraux?*, Nursing Québec, 1987, mai-juin, vol. 7, n° 3, p. 20.

[4] MORISSETTE, Denise et Marie SERRALHEIRO. *Travail en équipe plus soins intégraux : un mariage possible*, Nursing Québec, 1987, mai-juin, vol. 7, n° 3, p. 47.